

UNE ANNÉE D'EXPÉRIENCE DE TRAITEMENT DU DELIRIUM TREMENS

61 cas recueillis dans le Service
de neuro - psychiâtrie
de l'Hôpital Bellevue (St-Etienne)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 28 Février 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Victor GOUTTEBROZE

Né le 12 Août 1926, à MARCOUX (Loire)



LYON

BOSC Frères
Imprimeurs-Editeurs
42, quai Gailleton, 42

1955

EXPERIENCE D'UNE ANNEE DE TRAITEMENT
DU DELIRIUM TREMENS

(61 CAS RECUEILLIS DANS LE SERVICE DE NEURO-PSYCHIATRIE
DE L'HÔPITAL BELLEVUE, SAINT-ÉTIENNE)

UNE ANNÉE D'EXPÉRIENCE DE TRAITEMENT DU DELIRIUM TREMENS

61 cas recueillis dans le Service
de neuro - psychiâtrie
de l'Hôpital Bellevue (St-Etienne)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 28 Février 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Victor GOUTTEBROZE

Né le 12 Août 1926, à MARCOUX (Loire)



LYON
BOSC Frères
Imprimeurs-Éditeurs
42, quai Gailleton, 42

1955

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. J. LEPINE. | Doyen. M. HERMANN
Assesseur. M. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE, PATEL,
LEPINE, SAVY, MOURIQUAND TRILLAT, LERICHE, MAZEL, LEULIER.

PROFESSEURS

Clinique médicale A.	MM. FROMENT.
Clinique médicale B.	P. RAVAUT.
Clinique chirurgicale A.	SANTY.
Clinique chirurgicale B.	WERTHEIMER.
Clinique ophtalmologique.	BONNET.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	MAYOUX.
Clinique urologique.	CIBERT.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.	DUFOURT.
Clinique dermatologique et syphiligraphique.	GATE.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale.	DECHAUME.
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie.	SEDALLIAN.
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile.	GUILLEMINET.
Clinique gynécologique.	POLLOSSON.
Clinique obstétricale.	PIGAUD.
Clinique stomatologique.	DUCLOS.
Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.	BERNHEIM.
Pharmacie et pharmacologie.	X...
Physiologie.	HERMANN.
Anatomie pathologique.	MARTIN J.-F.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.	PONTHUS.
Médecine du Travail.	(détaché à Beyrouth)
Parasitologie et pathologie exotique.	BOURRET.
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.	GARIN.
Chimie organique et toxicologie.	ROCHET.
Pathologie générale et expérimentale.	CHAMBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	JOSSERAND.
Anatomie.	DELORE.
Pathologie interne.	GABRIELLE.
Chimie biologique et médicale.	CROIZAT.
Pathologie chirurgicale.	ENSELME.
Histologie.	MALLET-GUY.
Pharmacie galénique et matière médicale.	NOEL.
Médecine légale et déontologie.	REVOL.
Thérapeutique.	X...
Hygiène.	LEVRAI.
Biologie médicale et pharmacodynamie.	SOHIER.
Propédeutique chirurgicale.	JOURDAN.
Botanique et cryptogamie.	BERTRAND.
Chimie analytique pharmaceutique.	NETIEN.
	BADINAND.



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique.	M. BANSSILLON	Pharmacie et pharmacologie.	M. DREVON.
Physique biologique.	M. BERGER.		

MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Parasitologie.	MM. COUDERT.	Bactériologie.	MM. BERTOYE A.
Parasitologie.	ROMAN.	Physiologie.	CHATONNET.
Histologie.	X...	Physiologie.	CIER.
		Biochimie médicale.	CREYSSEL R.

AGREGES EN EXERCICE

Pathologie médicale MM. BRUN.	Orthopédie.	MM. MARION Joseph.
Pathologie médicale GIRARD M.	Obstétrique.	BROCHIER.
Pathologie médicale GIRARD P.	Obstétrique.	MAGNIN.
Pathologie médicale JEUNE.	Obstétrique.	MATHIEU J.
Pathologie médicale VACHON.	Anatomie pathologique ..	GUICHARD.
Pathologie médicale GALY.	Anatomie.	LATARJET.
Pathologie médicale GONIN.	Urologie.	PERRIN.
Pathologie chirurgicale BERARD.	Ophtalmologie.	PAUFIQUE.
Pathologie chirurgicale DESJACQUES.	Neuro-chirurgie.	LECUIRE.
Pathologie chirurgicale LABRY.	Oto-rhino-laryngologie ..	X...
Pathologie chirurgicale TRILLAT.	Dermato-syphiligraphie. ..	THIERS.
Pathologie chirurgicale DARGENT.	Médecine légale et Méde-	
Pathologie chirurgicale MANSUY.	cine du Travail.	ROCHE.
Pathologie chirurgicale GUILLET.		

CHARGE DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES - AGREE

Hygiène.	M. BENAZET.	Pharmacologiste Pharmacie M. CIER André.
Histologie.	M. DUMONT Louis.	Chimie organique
Physique et Biologie.	M. MORET.	et Toxicologie. M. PERROT Louis.

LES EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président : M. DECHAUME ; Assesseurs : MM. JOSSERAND, BOURRET et GIRARD P.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MA MERE ET A MON PERE

A MES FRERES ET A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT
DE SAINT-ETIENNE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DECHAUME

*Professeur de Clinique Neuro-psychiâtrique
et Hygiène mentale*

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous voulons l'assurer de notre sincère gratitude et le prions de croire à notre profond respect.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JOSSERAND

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BOURRET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P.F. GIRARD

Ils ont bien voulu accepter de nous juger. Qu'ils trouvent ici l'expression de nos sentiments très respectueux et très reconnaissants.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FRANÇOIS GEREST
Médecin des Hôpitaux de Saint-Etienne

Il nous a fait l'honneur de nous confier ce travail et a bien voulu nous prodiguer ses conseils. Nous lui sommes infiniment reconnaissant de la cordialité avec laquelle il nous a toujours reçu dans son service où nous avons pu profiter de son expérience.

Nous le prions de trouver dans ces lignes le témoignage de notre reconnaissance et de notre attachement.

INTRODUCTION

« ...Mais je ne serai point ingrat ni malfaisant,
Car j'éprouve une joie immense quand je tombe
dans le gosier d'un homme usé par ses travaux... »

(l'âme du vin.)

Ainsi disait Baudelaire. Hélas, le vin n'a pas tenu ses promesses ! Dans les différents services hospitaliers, nous en faisons chaque jour l'expérience. Au point même que, par solution de facilité, nous avons quelquefois tendance à faire de l'alcoolisme la cause de tous les maux, comme le baudet de la fable.

Cependant, nul ne contestera l'accroissement inquiétant des complications de l'alcoolisme chronique, tant dans la sphère digestive, circulatoire que neuro-psychique.

Pour notre part, dans le service de neuro-psychiâtrie de l'hôpital Bellevue à Saint-Etienne, nous avons eu l'occasion de traiter bien des éthyliques. Du 1^{er} décembre 1953 au 31 décembre 1954, 880 malades furent admis dans le service, dont 507 hommes et 373 femmes. L'éthylisme fut noté chez 289 hommes et 72 femmes. Mais il convient de dire que tous ces malades n'entraient pas toujours pour ce seul éthylisme. Cependant chez 172 hommes et 65 femmes on ne trouve pas d'autre raison à leur hospitalisation.

Parmi ces éthyliques, 60 hommes et une femme firent un accès de délirium trémens indéniable. C'est cette affection qui nous frappa le plus par sa gravité. Si le diagnostic en est aisé, la plupart du temps, il n'en est pas de même de son traitement, car celui-ci apporte souvent des désillu-

sions. Ceci est tellement vrai que certains auteurs ont même préconisé l'expectative, comme moins dangereuse que toute thérapeutique.

Telle n'a pas été notre attitude, puisque nous avons essayé diverses méthodes de traitement du délirium trémens. C'est cette brève expérience que nous voudrions rapporter ici.

L'étude anatomo-clinique et les différents traitements seront donc rappelés en premier lieu, puis nous nous efforcerons de retirer de nos observations l'enseignement qui peut en être dégagé.

CHAPITRE PREMIER

GENERALITES SUR LE DELIRIUM TREMENS

Historique.

Si l'usage de l'alcool remonte à la plus haute antiquité, (nous n'en voulons pour preuve que l'histoire de Noë), seuls les troubles de l'intoxication aiguë étaient nettement décrits dans la littérature. Hippocrate nous parle cependant d'une maladie délirante où le sujet voit dans son rêve des animaux et des ennemis qui l'assaillent : ce serait peut-être là la première description de la maladie qui nous occupe.

Mais il faut attendre les travaux de Sutton en 1813 pour que le terme de « Délirium Trémens » soit créé et pour que la maladie soit nettement décrite chez des contrebandiers en alcool. Le rôle de cet alcool ne fut d'ailleurs prouvé que 6 ans plus tard par Rayer.

Par la suite, de nombreux auteurs étudièrent le Délirium Trémens : Dupuytren chez les opérés et les blessés, Brière de Boismort, Delasiauve... mais jusqu'aux travaux de Magnan, de Régis, de Legrain, il resta souvent confondu avec d'autres délires fébriles.

Clinique.

Actuellement le cadre du delirium tremens n'est pas encore nettement défini : certains y font entrer une forme apyrétique, d'autres des formes subaiguës qui ne sont peut-

être que des accès confuso-oniriques. Ainsi s'expliquent pour une bonne part les divergences des statistiques. Afin d'éviter tout malentendu, il nous faudra donc, au début de cette étude faire une description simple et précise de ce que nous entendons par « Délirium Trémens ».

Le délirium trémens ne se voit que chez des sujets présentant depuis plusieurs années des signes d'imprégnation éthylique.

D'ordinaire, il s'agit d'un *homme* de l'âge moyen se plaignant de pituites matinales ou de gastrite, de crampes au niveau des membres inférieurs, de troubles du sommeil. Il est agité d'un tremblement fin des extrémités. Il est tantôt irritable, instable, tantôt au contraire jovial, animé par un altruisme exagéré.

C'est parfois *brusquement* que survient l'accès : après un traumatisme (accidentel ou chirurgical), après une hémorragie (épistaxis, hématomèse) — ou à l'occasion d'une infection (grippe, pneumonie, érysipèle), d'une émotion, de surmenage physique ; — à moins que ce ne soit une ivresse aiguë ou une crise comitiale qui ouvre la scène.

Mais d'autres fois, le début est plus *progressif* (Magnan). Les troubles chroniques s'aggravent ; le malade ne mange plus, maigrit. Son tremblement s'exagère. Il cesse de boire ou passe son temps à boire. Peu à peu, les troubles du sommeil eux aussi s'aggravent : les visions nocturnes sont de plus en plus terrifiantes et, de cauchemars, deviennent hallucinations visuelles.

Bruel et Maurel, Baonville et Titéca rapportent des observations indéniables de délirium trémens déclenchés par la suppression d'alcool. Cette forme « a potu suspenso » a longtemps été discutée. Actuellement elle est reconnue à peu près par tous, et pour beaucoup, elle est la forme la plus fréquente (Heuyer et Fouquet, X. Abely, Lereboullet et R. Lecoq).

Quoi qu'il en soit, le sujet arrive dans le service, la plupart du temps, avec un tableau clinique au complet :

A l'*interrogatoire*, il se présente avant tout comme un confus délirant. Il est presque toujours psychiquement ralenti, désorienté dans le temps et le lieu. Ses réponses sont tantôt rares, tantôt intarrissables, souvent inadéquates et émaillées de mots orduriers. Elles révèlent alors à côté de ces signes déficitaires, ou symptômes négatifs, un signe positif capital : le délire onirique. Ce délire est un rêve *vécu* à contenu surtout *visuel*. Les hallucinations auditives sont rares ainsi que celles de l'odorat et du toucher : c'est un délire « terrible et muet » (Lasègue). Le malade voit des animaux sauvages et effrayants (Zoopsies), quelquefois des fauves, mais le plus souvent de petits animaux, chauve-souris, rats, serpents. D'autres fois il est en proie à de grandes difficultés professionnelles, ou est poursuivi par des brigands, par la police... Il est alors anxieux, s'effrayant du moindre geste de l'entourage. Il est couvert de *sueurs* abondantes. Il se débat, crie, appelle à l'aide. Ses gestes sont brusques, saccadés et il est agité d'un *tremblement* important des extrémités.

Sa *température* est variable. Pour notre part nous n'appelons « Délirium Trémens » que tout syndrome accompagné d'une fièvre atteignant au moins 38°. Ce signe nous semble essentiel et serait, avec l'intensité variable des autres symptômes un critère qui pourrait servir à classer les délirium trémens en trois formes cliniques.

— La forme suraiguë : dans laquelle la température est d'emblée à 39° - 40°, s'y maintient plusieurs jours, ou monte inexorablement à 41° - 42°... Cette forme est toujours accompagnée d'une déshydratation intense et se termine souvent par la mort : (f. ataxoadynamique de certains auteurs).

— la forme aiguë : dans laquelle la température oscille avec des clochers à 39° - 40° mais est d'ordinaire moins élevée.

— enfin la forme subaiguë : où la température atteint 38° - 38°5. Son pronostic est beaucoup plus favorable mais n'est pas exempt de mortalité.

Ainsi nous pourrions résumer le tableau clinique par quelques signes cardinaux groupés en deux syndromes :

— le syndrome psychique : avec confusion et délire onirique (delirium).

— le syndrome somatique : avec température, sueurs, tremblements (trémens).

Biologie.

A côté de ces deux syndromes il ne faut pas en omettre un troisième important : le syndrome humoral. Les modifications portent sur les urines, le sang et le liquide céphalo-rachidien.

— Les urines sont peu abondantes et contiennent de l'urobiline. On y met souvent en évidence de l'albumine, plus rarement du sucre. L'élimination rénale du chlore, de l'urée et des phosphates est diminuée.

— Par contre, dans le sang, le taux de l'urée, du chlore, du sucre et du cholestérol est en nette augmentation. D'après L. Marchand, le taux de l'urée monte dès le deuxième jour et ne dépasse pas 1,65 gr.

Pour H. Claude et Fiessinger, pour Laignel-Lavastine et Duguet, la polypeptidémie est également augmentée.

Par ailleurs on note une élévation de la vitesse de sédimentation et une légère polynucléose sanguine:

— le liquide céphalo-rachidien est le plus souvent normal (Widal, Claude) et la polypeptidorachie est rare et peu prononcée pour certains (Hesnard, Bargues, 41^e congrès des Médecins aliénistes et neurologues 1937). Pour d'autres la polypeptidorachie est élevée (Stern et Mokschina) et l'on trouve assez souvent une réaction méningée légère avec albuminose autour de 0,40 et réaction du Benjoin Colloïdal positive dans la zone méningée (J. Capoulade).

Anatomo-pathologie.

Quant aux lésions observées post-mortem, s'il y eut de nombreuses controverses depuis les travaux de Klippel, Gilbert Ballet, Laignel-Lavastine, Alzheimer, Marcus, Wichert et Dreszer... l'accord semble aujourd'hui s'être fait autour des travaux de L. Marchand et de ses collaborateurs.

D'après ces auteurs, les lésions siègent principalement au niveau de l'encéphale. Macroscopiquement, c'est un œdème avec congestion des méninges molles, absence de signe d'athérome artériel (même chez les sujets âgés) et dans un cas sur quatorze, avec lésions d'encéphalite hémorragique.

Microscopiquement, à côté des lésions de méningite chronique alcoolique, de l'hypertrophie de la névroglie (avec par endroit des amas de cellules névrogliques à protoplasme basophile) on note partout, mais surtout au niveau du cortex et des couches optiques :

— d'une part une réaction vasculaire, avec cellules rondes mononuclées se disposant en chapelet ou en palissade le long des capillaires et avec, dans leur adventice, des corps granuleux bourrés de granulations ocre. Ces vaisseaux sont dilatés et l'on aperçoit par endroit de petites extravasations sanguines. Ces lésions signent l'œdème cérébral.

— d'autre part, on note une dégénérescence des cellules pyramidales. Parfois elles ont conservé leur forme mais ont pris un aspect granuleux par effritement des granulations chromophiles. D'autres fois elles sont uniformément colorées et ont un aspect hyalin, le noyau étant un peu plus coloré et entouré d'une zone claire.

— d'autres fois enfin, elles sont atrophiées et se nécrosent sans image de neurophagie. Au niveau du cervelet, les

cellules de Purkinje sont pauvres en granulations chromophiles.

En dehors de ces lésions encéphaliques, Marchand signale des lésions, au niveau du foie, de la rate et des reins, qui seraient elles la conséquence de l'intoxication chronique. Villaret, Justin Besançon et Klotz ont décrit des lésions enfin, au niveau de la muqueuse gastrique et des glandes endocrines : elles auraient une importance considérable pour expliquer le mécanisme d'action de l'intoxication alcoolique.

Pathogénie.

Il nous reste en effet à voir maintenant si, à la lueur de cette brève étude anatomo-clinique on peut se faire une idée de la pathogénie du *delirium tremens*.

Une chose tout d'abord est certaine : si le délirium tremens est plus fréquent en période d'excès éthyliques (moissons, vendanges) on peut, malgré cela, affirmer avec Demole que « le délire est indépendant de l'ingestion immédiate d'alcool ». Le délirium a potu suspenso en est la meilleure preuve, ainsi que les dosages d'alcool dans le sang, les urines et le liquide céphalo-rachidien (Demole, Toulouse, Thèse Brenniel Yvonne).

Qu'est-ce donc alors que le Délirium Trémens ?

THÉORIE INFECTIEUSE.

L'explication la plus simple est celle de H. Damaye. Le Délire alcoolique aigu serait une septicémie avec localisation encéphalo-méningée. On aurait pu mettre en évidence parfois des streptocoques, des pneumocoques et surtout des staphylocoques. Dans les cas de délire après intervention, traumatisme, d'autres auteurs invoquent le réveil d'un saprophyte, d'un virus neurotrope... mais cette théorie est discutable, aussi envisagerons-nous trois autres théories qui semblent se dégager des différents ouvrages.

UNE THÉORIE TOXIQUE.

A la fin du siècle dernier, de nombreux auteurs avaient noté une relation entre les troubles psychiques et les troubles hépatiques. Nous citerons les travaux de Klippel en 1890, de Raphely de Lyon, qui étudia certains états mélancoliques liés à des troubles fonctionnels du foie. Ceux de Charrier et de Léopold Lévi, de Cololian (Délire de jalousie chez les hépatiques).

En 1928, la question fut reprise par Laignel-Lavastine et Bourgeois puis par Buchler : ces auteurs font alors jouer un grand rôle à l'insuffisance hépatique. En 1932, Herbert Binswanger démontra que les troubles sont accentués pendant la crise de Délirium Trémens. Par la suite, l'accent fut mis sur l'augmentation de la polypeptidémie et de la polypeptidorachie (H. Claude et N. Fiessinger, Laignel-Lavastine et Duguet).

Il semble que l'on puisse expliquer alors l'accès de Délirium Trémens de la façon suivante :

— dans un premier temps, le cerveau est sensibilisé par l'intoxication alcoolique chronique, ou à la faveur de celle-ci.

— dans un deuxième temps : le foie ne joue plus son rôle antitoxique et des produits toxiques, soit exogènes (infection, résorption de tissus ou de sang en décomposition après traumatisme, excès éthyliques...) soit endogènes (urée, polypeptides), passent dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien à la faveur d'une augmentation de la perméabilité méningée accrue pour certains produits (Stern et Mokschina).

— dans un troisième temps, se produit une réaction cérébrale aiguë réversible ou évoluant vers la nécrose (Marchand).

UNE THÉORIE DYSMÉTABOLIQUE ET CARENTIELLE :

De nombreux auteurs pensent qu'il existe dans le délirium trémens comme dans toute affection éthylique un facteur dysmétabolique important.

Villaret, Justin Besançon et Klotz ont particulièrement étudié ce facteur à propos de la polynévrite éthylique, comparativement à la polynévrite du Béri-Béri.

D'après ces auteurs une *ingestion* répétée d'alcool détermine une gastrite atrophique, une hépatite et secondairement des lésions des glandes endocrines. Par contre l'*injection* intraveineuse de la même dose d'alcool ne donne pas d'altération. Ils expliquent cette contradiction par le fait que, per os, l'alcool détermine des modifications de la muqueuse digestive et du tissu hépatique, entraînant un trouble métabolique carentiel. Ce trouble porterait surtout sur les éléments essentiels voisins des vitamines du groupe B.

Or, d'après Cowgill : le besoin en vitamine B est proportionnel à la quantité totale de calories de la ration alimentaire. Chez l'alcoolique, comme il y a apport moindre de vitamines B et augmentation de la quantité des calories par combustion inadéquate d'alcool, le trouble carentiel est aggravé. De plus la carence des facteurs nutritifs accentue les troubles digestifs (anorexie, inassimilation) et par là même augmente le trouble nutritif initial.

Ainsi, l'alcoolisme détermine du point de vue nutritif un véritable cercle vicieux et aboutit à un équilibre métabolique instable. Le fléchissement brusque de la tolérance à l'occasion des agressions extérieures expliquerait l'accès aigu de délirium trémens.

THÉORIE DIENCÉPHALIQUE :

Dans cette théorie, enfin, l'accès de délirium trémens lui-même — à la lueur des théories de Reilly et de Selye, — peut être expliqué par un mécanisme neuro-végétatif et neuro-hormonal « comparable à ce que l'on observe en chi-

rurgie cérébrale par exemple et dans la neurotoxicose du nourrisson ». (Letailleur, Santenoise et Vidacovitch).

Pour X. Abely, les centres vitaux, épuisés par la lutte contre l'alcoolisme chronique, sont débordés par toute agression nouvelle. « L'épuisement de ces centres diencéphaliques passe au premier plan alors que l'intoxication passe au second plan » (Colloque sur le délirium trémens, Paris 8 mai 1954).

CHAPITRE II

TRAITEMENTS DU DELIRIUM TREMENS

Historique.

La liste des thérapeutiques employées dans le délirium tremens est certes imposante. Nous citerons cependant brièvement un grand nombre d'entre elles, non pas pour leur intérêt pratique mais pour en monter la diversité.

Dès 1813, Sutton en Angleterre, employa l'opium. Cette médication fut assez longtemps considérée comme spécifique (Rayer et Dumesnil). On donnait en moyenne 4 grammes par jour. Mais certains l'accusèrent d'aggraver les troubles. « En présence d'un délire aigu les doses excessives d'opium aggravent plus qu'elles ne l'améliorent la situation déjà compromise » (Letulle).

On essaya alors :

— le chloroforme, que donnait Moreau de Tours, à la dose de 4 à 8 grammes sous forme d'eau chloroformée.

— l'hyocyamine, administrée seulement aux individus robustes.

— l'hyoscine, employée à Sainte Anne à raison d'un demi centimètre cube de la solution à 1/1000^e.

— le haschich, prescrit par Beddoe d'Edimbourg et Villard en France (20 à 30 gouttes de teinture).

— la pommade belladonnée en friction autour de l'orbite (Grieves en 1855).

— l'Ergotine (Ranson et Scott).

— la Digitaline. En 1850, Jones de Jersey traita 70 cas : il nota un abaissement de la température avec un retard de 60 heures et n'eut qu'un seul décès. Trousseau aurait adopté cette médication et n'eut lui aussi qu'un seul décès en dix ans.

— le Chloral : introduit par Thomas et Panas en 1869 à la dose de 4 à 8 grammes pro die. Il avait l'avantage d'augmenter la sécrétion urinaire à l'encontre de la morphine et Lancereau écrivait : « En présence d'un cas de délire tremblant, nous ne manquons jamais de recourir au chloral : à condition de le donner à dose suffisante, car une dose faible augmente l'agitation et une dose trop forte peut avoir d'autres inconvénients... » Ces autres inconvénients (syncope cardiaque, asphyxie par action dépressive sur les centres respiratoires) le firent d'ailleurs abandonner.

— Il faudrait encore citer le camphre, la valériane, la teinture de *Datura stramonium*, l'huile empyrumatique de pomme de terre, l'acétate de soude, le quinquina...

Enfin, en 1873, Alfred Lutton introduisit la Strychnine qui fut vite reconnue comme le traitement spécifique du *délirium trémens*. Amagat écrivait alors : « il y a un antagonisme entre l'alcool et la strychnine » et tout semblait faire supposer que l'on avait trouvé l'antidote du poison alcoolique. Cependant, cette thérapeutique tomba, elle aussi, dans l'oubli et ne fut réhabilitée que plus tard en 1901 par Fernet.

Actuellement, elle est l'une des principales médications employées dans le *délirium trémens*, aussi l'étudierons-nous avec les thérapeutiques modernes, après avoir dit quelques mots sur les traitements prophylactiques et diététiques du *délirium trémens*.

Traitements prophylactiques.

Il y a deux façons d'envisager le traitement prophylactique du délirium trémens :

— la première consiste à lutter contre la cause de l'affection, c'est-à-dire l'alcoolisme. Nous ne nous étendrons pas sur cette prophylaxie de l'alcoolisme chronique, qui a d'ailleurs une incidence plus sociale que thérapeutique, bien qu'à l'heure actuelle nous ayons quelques armes efficaces (cure de dégoût).

— La seconde façon consiste à éviter chez un alcoolique chronique l'éclosion du délirium trémens. Cette question intéresse aussi bien le médecin de médecine générale que le chirurgien. Il est en effet certain que si tout éthylique atteint d'affection pulmonaire banale ou ayant subi un traumatisme soit accidentel, soit chirurgical, était traité de façon précoce et préventive, nous n'aurions pas dans les services de psychiatrie un nombre aussi important de délirium trémens.

Traitement diététique.

Beaucoup d'auteurs insistent pour que les malades soient mis dans une pièce bien éclairée, car les zones d'ombres favorisent l'apparition d'hallucinations visuelles.

Par ailleurs, tous sont unanimes sur un point : il faut éviter, autant que faire se peut, les moyens de contention. On en est vite convaincu lorsqu'on a vu ces malades tirant des heures sur leurs liens, gesticulant, suant et blasphémant. Il est certain que cet accroissement de l'agitation est nuisible d'une part en favorisant l'ascension thermique, et d'autre part en provoquant une surintoxication par augmentation des déchets de combustion interne.

Enfin ces malades doivent être réhydratés. S'il est im-

possible de les faire boire dans les premières heures, il faut leur faire du sérum artificiel. On a même préconisé cette réhydratation comme traitement essentiel du délirium trémens (Warbrasse de New-York, Quénu et Masbrenier, Thèse de Brennier Yvonne).

Peut-être faudrait-il citer également la balnéation tiède suivant la méthode de Brandt qu'ont pratiquée certains (Féréol et Trousseau, Molinié et Letulle).

Traitements adjuvants.

Parmi eux nous retiendrons :

— les analeptiques circulatoires (camphre, coramine, pressyl, syncortyl) que nous employons toujours largement.

— les antibiotiques, que nous prescrivons également très souvent, car chez ces malades agités, une petite affection pulmonaire ou autre, passe facilement inaperçue.

Traitements employés de nos jours dans le délirium trémens.

Au premier rang de ceux-ci nous retrouvons :

— *La strychnine* : qui par son action tonique, lutte contre l'action dépressive de l'alcool sur les centres nerveux diencéphaliques (X. Abely) diminue la chronaxie (Travel et Gold), et stimule les fonctions hépatiques, rénales et sur-rénales,

Depuis le début de son emploi, deux écoles s'opposent, la première recommande l'emploi de doses moyennes, proches de la dose maxima du Codex (0,015 grammes pro die). Chauffard en 1926, Corman et Gaudin, Lereboullet et Dublneau en 1954, restent fidèles à ces doses de 5 à 16 milligrammes réparties dans la journée.

Par contre, une deuxième école emploie des doses massives, possibles en raison de l'augmentation, chez les alcooliques, de la tolérance à la strychnine. Lardier avait déjà publié en 1885 un cas traité avec succès par 108 milligrammes de Sulfate de Strychnine en 23 heures. De nos jours Decourt, Sivadon et Chaillot ont donné jusqu'à 170 milligrammes de Sulfate de Strychnine en 27 heures. Ces auteurs conseillent de faire 10 milligrammes toutes les heures, puis 5 milligrammes toutes les heures, dès que le malade s'endort et présente des signes de contractures (soubressauts, Chvostek..).

Pagniez, Chaton en 1931, puis Cossa codifièrent le traitement d'une façon un peu analogue. Ils conseillèrent : 15 à 20 milligrammes toutes les 2 heures jusqu'aux premiers signes de strychnisme, puis une dose d'équilibre allant de 40 à 90 milligrammes par jour.

Flandin et Bernard, Abely, Daumezon et Peron, utilisèrent également des doses situées entre 40 et 60 milligrammes.

Le sulfate de Benzedrine et l'amphetamine dextrogyre sont utilisés par certains au même titre que la strychnine. Reifenstein et Davidoff prescrivent 10 à 30 milligrammes de sulfate de Benzedrine. Delmas-Marsalet associe le Maxiton au sulfate de Magnésium. J. Hamel, M. Thiébaux et N. Vernet, à la Société française de neurologie rapportèrent en 1952, dix cas de délirium traités par le Maxiton, associé au traitement classique. Ils firent chez leurs malades 2 à 8 centigrammes par 24 heures de Maxiton en intraveineuse et intramusculaire, en commençant par une injection à 0,01 toutes les heures, répétée 2 à 4 fois, jusqu'à l'amélioration des troubles et de l'état général. Ils obtinrent ainsi une diminution de l'agitation, une chute de la température et un sommeil profond. Les 10 cas traités guérirent, alors qu'avec le traitement classique, ces trois auteurs avaient eu de nombreux décès successifs.

Les Barbituriques furent employés dès leur découverte.

Le Somnifène, découvert par Thomas-Aldaz-Redonnet en 1920 à Zurich, était injecté en intraveineuse à la dose de 2 à 4 cc. Mais après les publications de cas de mort avec cette thérapeutique (Quercy et Lancelot) on lui préféra le Sonéryl, utilisé par Bargues et Grimal dès 1922, puis le Gardénal intramusculaire:

Actuellement, leur emploi est très discuté et disons même proscrit par la plupart des auteurs. On leur reproche en effet d'être des déprimeurs du système nerveux au même titre que l'alcool. « On calme beaucoup mieux le système nerveux en lui rendant son tonus qu'en l'imbibant à l'aide d'hypnotique », écrivaient Corman et Harveno. Cependant certains restent fidèles aux barbituriques, mais ne les emploient plus seuls, leur adjoignant d'autres médications, en particulier la strychnine qui d'après J. Tinel « corrige les effets du somnifène et lui enlève toute toxicité » (Thèse E. Turck).

Les Vitamines, devaient logiquement être essayées dans le délirium trémens puisque l'alcoolisme crée une carence vitaminique portant surtout sur le groupe B des vitamines. Roch les avait employées avec succès dans la polynévrite. Sciclounoff et Flagg les employèrent alors dans le délirium. Kloster leur attribue surtout une action prophylactique et fait 30 à 50 milligrammes de Vitamine B 1 intraveineuse et déclare avoir des guérisons en quelques heures. Par contre Mainzer et Krause écrivent qu'avec 350 milligrammes de Vitamine B 1 en deux jours (intraveineuse et intramusculaire), ils n'eurent pas de succès.

A côté de la vitamine B 1, on emploie pratiquement toutes les vitamines du groupe B : en particulier les Vitamines B 3 et B 4 (curethyl B) et, depuis peu, la vitamine B 12 (Lereboullet). Seule la question de l'emploi de la vitamine PP peut être discutée en raison de son action vasodilatatrice.

L'Alcool intraveineux pratiquement est l'emploi d'une thérapeutique ancienne par voie nouvelle, puisque depuis longtemps on donnait de l'alcool per os.

Par voie intraveineuse, il fut employé dans les pneumopathies par Landau, puis dans l'intoxication barbiturique par Carrière et Huriez, enfin dans le délirium trémens, par Bruel. Par la suite, Bruel et Lecoq perfectionnèrent leur méthode, administrant un alcool à 30 % à des doses décroissantes : 150 cc le premier jour, 120 cc le deuxième jour, 100 cc le troisième jour, puis 75 cc, 50 cc, 40 cc, jusqu'à la dose d'entretien de 20 cc.

Actuellement on emploie surtout le curethyl A intraveineux qui est un alcool à 25° glucosé et hépatisé. On peut lui adjoindre le Curethyl B (vitamines B 3 et B 4 associées à des extraits hépatiques et à du glucose). Ce Curethyl B aurait le pouvoir de métaboliser l'alcool et ses produits de désintégration incomplète.

L.A. C. T. H. et les extraits cortico-surrénaux sont surtout préconisés par les Américains (J. Smith, Tintera, Lowel). Smith fait 25 milligrammes d'A. C. T. H. en intramusculaire ou 100 cc d'hormone cortico-surrénale intraveineuse toutes les 6 heures pendant 36 heures en moyenne. Lowel, lui, fait 100 milligrammes d'A. C. T. H. en 24 heures. Ces deux auteurs affirment avoir d'excellents résultats quelquefois en 3 à 10 heures.

Fischbach rapportait également, il y a deux ans un cas de guérison spectaculaire par perfusion intraveineuse en 7 heures de 1000 cc. de solution glucosée à 5 % dans laquelle il avait mis un gramme d'acide ascorbique et 25 milligrammes d'A. C. T. H.

En France, J. Geraud dans les entretiens de Bichat rapporte un cas de guérison par l'A. C. T. H., et Delmas-Marsalet préconise aussi son emploi mais plutôt comme traitement adjuvant.

Le Sulfate de Magnésie, en solution hypertonique à 15 %, est largement utilisé, depuis les publications de Delmas-Marsalet en 1942. Cet auteur, au centre de neuro-chirurgie de la 5^e Armée, fut frappé par la ressemblance qui existait entre le Délirium Trémens à la phase terminale et

le traumatisme cranien (hyperthermie croissante, sudation, tachycardie, accélération respiratoire, difficulté du premier temps de la déglutition, crises épileptiformes, hyperazotémie...) Il rechercha alors l'œdème du fond d'œil et dit l'avoir trouvé dans 40 % des cas.

C'est ainsi que lui vint l'idée d'injecter en intra-veineuse lente 10 cc. de sulfate de Magnésie à 15 %, 2 à 4 fois par jour. Ce traitement auquel il associe : analeptiques circulatoires, amphétamine et vitamines, aurait considérablement amélioré ses statistiques de guérison dans le délirium et les délires subaigus. De 63,44 % (1930-1940) son pourcentage serait passé à 86,66 % en 1942.

Holitscher et Steinbach, partant de cette même idée, que le délirium trémens est dû à l'œdème cérébral, font un drainage spinal de 50 cc. à 70 cc, puis injectent en intra-veineuse 50 cc. à 100 cc. de Solution de glucose à 50 % et 30 à 60 cc. de Sulfate de Magnésie à 15 %.

La Chlorpromazine, fut tout d'abord contre-indiquée chez les alcooliques, mais cette contre-indication est beaucoup moins absolue actuellement. S'il semble toujours vrai que le largactil potentialise les effets de l'alcool (Bergouignan, Got et Maliveau), il est non moins vrai que son action ganglioplégique peut être précieuse pour corriger les désordres neuro-végétatifs du délirium trémens.

Ces dernières années, il fut employé par quelques auteurs suivant trois modes :

- tout d'abord seul : P. Sizaret et F. Salomon ne dépassèrent pas la dose de cent milligrammes par 25 heures et eurent une sédation importante des troubles, parfois en moins de 12 heures. A. Perret, J. Becker et G. Lacoste, après échec des traitements classiques dans un cas de délirium grave, eurent une guérison spectaculaire avec trois injections à 6 heures d'intervalle.

- On peut aussi employer le Largactil comme calmant et faire en même temps un autre traitement classique du délirium trémens : c'est ainsi que Th. Kammerer et R.

Ebtinger associent la strychnothérapie et la vitaminothérapie.

— Enfin, suivant la méthode de Laborit, on peut pratiquer soit une véritable hibernation artificielle, soit une hibernation peu poussée en se contentant d'obtenir une température à 37° (Delay, Denicker et Harl, Riser, Laboucaire et Barrès, Rives et Menager, Follin et Soubrier).

Pour être complet, il nous faudrait parler de bien des médications, mais celles-ci n'étant pas entrées dans la pratique courante, nous citerons simplement :

— l'Electrargol et le Collargol (Damaye).

— l'Hydrocholate de Soude à 20 %, employé par de Crinis (Thèse Chandala et R. André).

— le Bromure de Magnésium (F. Ramond - Thèse E. Nicolaidès).

— l'Acide Nicotinique (Mainzer et Krause).

— l'Insuline (Auriat et L. Servantier).

— la Saignée (300 cc.) suivie d'une injection de 250 cc. de sérum glucosé (Thèse Brenniel Yvonne).

CHAPITRE III

NOS OBSERVATIONS

Du 1^{er} décembre 1953 au 31 décembre 1954, nous avons recueilli 61 observations de délirium trémens indiscutables. Nous les répartirons en 4 groupes, suivant les thérapeutiques employées.

Pour alléger le texte, ces observations seront brèves :

1° Nous ne décrirons pas, à l'occasion de chacune d'entre elles le tableau du délirium trémens, afin d'éviter les répétitions.

2° Nous ne citerons que les signes positifs de l'examen clinique, le reste de l'examen ayant été trouvé négatif.

3° Nous ne donnerons que la température correspondant à l'accès de délirium.

A. — Sujets ayant subi le traitement habituel du service.

TECHNIQUE :

Primitivement, nous faisons :

- Une injection intra-veineuse matin et soir (parfois également à midi), avec 50 centimètres-cubes de Curethyl A et une ampoule de 100 milligrammes de Vitamine B1 (Bévitine) ;

- Une injection intra-musculaire matin et soir avec 4 ampoules de Vitamine B1 à 100 milligrammes (Bévitine), deux ampoules de Vitamine PP (Nicotamide) et une ampoule de Vitamine C à 500 milligrammes (Vitascorbol) ;
- Une injection identique à midi, mais sans vitascorbol.

Par la suite, nous avons diminué la dose de Nicotamide, et l'avons même supprimée, en raison de son rôle vaso-dilatateur.

OBSERVATIONS :

OBS. 1. — *Vig... Jules, 48 ans.*

— Entre dans le Service le 15 décembre 1953.

— A l'examen :

Signes de broncho-pneumonie.

Hépatomégalie.

Tension artérielle à 8/5.

— Traitement complémentaire : Pénicilline 2.000.000 d'unités + un gramme de Streptomycine.

— Température :

matin :	37°2	38°	37°5
soir :	40°2	38°2	38°3 37°6

— Guérison après deux jours et demi de Délirium. Le 22 janvier 1954 est envoyé à Saint-Jean-de-Dieu pour une cure de désintoxication.

OBS. 2. — *Noir... Jean-Baptiste, 46 ans.*

— Vient le 16 décembre 1953 d'un service de Chirurgie où il était soigné pour luxation ouverte de la cheville. A présenté alors, en chirurgie, pendant 5 jours, une température à 38°5 le matin et 39° le soir, avec tableau de délirium trémens de plus en plus net malgré la vitaminothérapie (une ampoule de bévitine, de Laroscorbine et de Nicotamide par jour).

— Maillard à 20,8.

— Température dans le service :

matin :	37°5	37°
soir :	38°8	38°2

— Guérison en un jour et demi. Repasse en chirurgie le 30 décembre.

OBS. 3. — *Nic... Pierre, 43 ans.*

— Ancien malade du service ayant déjà fait un accès de délirium trémens en novembre 1951.

— Entre le 17 décembre 1953.

— Examen à l'entrée :

Négatif.

Tension à 14/7.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Hanger et Mac Lean négatifs. Maillard à 12.

— Le délirium ne débute que le second jour, malgré le traitement.

— Température à dater du second jour :

37°8	37°8	37°	37°
37°9	38°	38°3	

— Guérison. Sort le 25 mars 1954.

OBS. 4. — *Daup... Sylvestre, 45 ans.*

— Ce mineur, sept jours avant son entrée, fut opéré dans une clinique (hernie inguinale gauche). Malgré un traitement vitaminique préventif, nous est envoyé le 15 janvier 1954.

— Examen à l'entrée :

Entièrement négatif.

Tension à 11/5.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Hanger et Mac Lagan négatifs.

— Température :

38°5	38°5	38°
38°6	38°1	37°8

— Guérison en 3 jours.

OBS. 5. — *Boo... Maurice, 44 ans.*

— Ce malade a subi deux cures de désintoxication à Mulhouse en 1951 et 1953.

— Entorse de la cheville et petit traumatisme cranien, il y a 15 jours. Dans la nuit du 3 au 4 février commence à délirer.

— Entre le 4 février dans notre service.

— Examen : Tension artérielle à 11/6.

Hépatomégalie modérée.

Hanger et Mac Lagan négatifs.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

— Température :

	38°4	37°3
38°6	38°	37°

Guérison rapide en un jour et demi. Est envoyé à Saint-Jean-de-Dieu, pour une cure de désintoxication le 3 mars 1954.

OBS. 6. — *Min... Jean Félicien, 36 ans.*

Ce malade est un ancien spécifique dont la sérologie est négative depuis 1950.

A l'entrée dans notre service, le 5 février 1954 :

— Examen négatif.

Tension à 14/7.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

— Le délirium commença seulement le second jour, à la tombée de la nuit.

— Température à dater du second jour :

37°5	37°5	38°
38°5	38°3	37°5

— Guérison : sort le 18 février 1954.

OBS. 7. — *Thom... Jean Pierre, 52 ans.*

— Ce malade a présenté le 2 février 1954, une crise d'appendicite aiguë. Le 4 février, il fut hospitalisé pour abcès appendiculaire dans le service de chirurgie d'urgence. Ne fut pas opéré en raison de son délirium incipiens.

— Traitement médical : Pénicilline 2.000.000 et Strepto-

mycine UN gramme. Malgré cela, le malade présente une température ascendante à 37°8, 38° puis 39°. Passe alors le 6 février dans notre service.

— A l'entrée : Tension à 14/8.

Plastron au niveau de la F.I.D.

Ni sucre, ni albumine.

Hanger et Mac Lagan négatifs. Maillard à 9,2.

— Température dans le service :

39° 37°6

38° 37°8

— Guérison en un jour. Quitte le service le 22 février.

OBS. 8. — *R... Joannès, 51 ans.*

— Ce cultivateur a déjà fait un séjour dans notre service en octobre 1936 pour « délire de jalousie et petite excitation psychomotrice chez un éthylique ».

— Ces jours-ci a fait quelques excès éthyliques en l'absence de sa femme. Entre le 15 février 1954 : délirium au troisième jour.

— Examen :

Tension à 10/6.

Hépatomégalie.

Hanger + Mac Lagan ++ (77 unités Meunier).

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

— Température à dater du troisième jour :

38°9 38° 38°5

38°7 39° 37°8

— Guérison en trois jours. Est envoyé le 13 mars à Saint-Jean-de-Dieu pour une cure de désintoxication.

OBS. 9. — *Plen... Antoine, 58 ans.*

— Entre le 26 février 1954 pour état grippal, avec température à 38° - 39° (en fait, délirait déjà chez lui, depuis 3 ou 4 jours).

— Examen : Tension à 10,5/6.

Petite hépatomégalie.

Maillard à 9,7.

Hanger et Mac Lagan négatifs.

Ni sucre, ni albumine.

— Température :

	37°8	37°5
38°2	37°8	

— Guérison rapide en un jour et demi. Sort le 4 mars.

OBS. 10. — *Bouv... Antoine, 79 ans.*

— Malade asthmatique et spécifique, ayant fait un petit ictus en janvier 1954.

— Entre le 10 mars 1954.

— Examen :

Tension à 19/11.

Albuminurie.

Hanger + Mac Lagan ++ (91 unités Meunier).
Maillard à 14,4.

— Tableau de délirium complet au troisième jour seulement, malgré le traitement.

— Température à dater du troisième jour :

38°1	37°7	38°	37°5
38°	37°8	37°9	37°5

— Guérison, mais reste un peu sénile et P.G., le 3 avril est envoyé à Saint-Jean-de-Dieu.

OBS. 11. — *La... Pierre, 44 ans.*

— Mineur ayant été traité dans le service en 1950 pour petit délire alcoolique.

— A l'entrée le 26 mars 1954, état d'imprégnation marqué, ne présente son délirium qu'au troisième jour, malgré le traitement.

— Examen : Tension à 9,4.

Hépatomégalie.

Ni sucre, ni albumine.

— Température à dater du troisième jour :

matin :	38°1	37°7	38°	37°5
soir :	37°8	38°3	37°9	37°2

— Guérison après 3 jours de délirium. Est envoyé à Saint-Jean-de-Dieu.

OBS. 12. — *Sauv... J. B., 58 ans.*

— Ce cantonnier a déjà fait deux séjours dans le service : en juillet 1949 pour délirium trémens avec température à 40° et en janvier 1951 pour délirium également et défenestration.

Entre le 10 avril 1954, ne fait un délirium vrai qu'au second jour.

Examen :

Tension à 9/5.

Hépatomégalie notable.

Météorisme abdominal.

Ni sucre, ni albumine.

— Température à dater du second jour :

37°8	37°9	38°1	37°5
38°1	37°7	37°6	38°6

— Guérison en 4 jours. Est envoyé à Saint-Jean-de-Dieu, le 4 mai.

OBS. 13. — *Som... Julien Claudius, 28 ans.*

— Entre le 11 mai 1954 pour délirium au décours d'une pneumonie.

— A l'entrée :

Submatité de la base du poumon gauche, avec foyer de râles crépitants.

— Ni sucre, ni albumine.

— Hépatomégalie et ébauche de circulation collatérale.

— Hanger et Mac Lagan négatifs.

— Maillard à 12,6.

— Traitement complémentaire : 1.000.000 unités de Pénicilline.

— Température :

matin :		37°9	37°7	37°5	38°
soir :	38°9	38°6	38°2	38°2	37°6

— Guérison en 5 jours. Sort le 20 juin 1954. Fera un deuxième séjour en juillet pour une cure de dégoût.

OBS. 14. — *Fa... Joannès, 50 ans.*

- Entre le 15 mai 1954.
- Examen : tension à 11/6.
Ni sucre, ni albumine dans les urines.
Hépatomégalie modérée.
Maillard à 7, Hanger + + +, Mac Lagan négatif.
- Température :

matin :	38°4	37°7	37°3
soir :	37°	37°8	38°8
- Guérison en deux jours. Sort le 1^{er} juin.

OBS. 15. — *Du... Pierre, 45 ans.*

- A déjà fait un accès de délirium en décembre 1950 après une biopsie pour tumeur fémorale.
- 5 jours avant son entrée s'était fait une entorse de la cheville droite, en état d'ivresse.
- la veille de son entrée a présenté une ivresse dont il n'est pas encore sorti le 17 mai 1954, date à laquelle nous l'avons reçu.
- Examen : œdème de la cheville droite. Contusion de l'œil droit.
Tension 13/8.
Ni sucre, ni albumine.
- Délirium au troisième jour seulement, avec grande agitation. On lui fait alors 0,20 gramme de Gardénal (service de nuit).
- Température au troisième jour :

matin :	37°9	37°5	38°2
soir :	38°4	38°6	37°6
- Durée 3 jours. Guérison.

OBS. 16. — *Mal... Jean François, 51 ans.*

- Vient le 20 mai 1954 d'un service de médecine générale où il avait été hospitalisé pour une « congestion pulmonaire ».
- Examen :
Assourdissement des bruits du cœur.
Auscultation pulmonaire pratiquement impossible en raison de l'agitation.

Tension à 14/8.

Hépatomégalie.

Albuminurie.

— Traitement complémentaire : a eu 0,40 gramme de gardénal deux soirs et 2.000.000 de pénicilline pendant la durée de son séjour.

— Température :

	37°8	38°3	38°2	38°5	38°4	37°
37°5	38°3	39°4	38°4	38°7	38°	

— Guérison après 5 jours de traitement. Repasse dans le service de médecine qui nous l'avait adressé.

OBS. 17. — *Dent... Marcel, 42 ans.*

— Depuis 4 jours ce malade présentait des signes pulmonaires avec toux sèche, température et point de côté.

— Le 1^{er} juin 1954, entre dans le service avec expectoration rouillée et signes d'imprégnation éthylique. Au deuxième jour, délirium typique.

— A l'examen :

Foyer de râles crépitants aux deux bases.

Tension à 13/7.

Hépatomégalie modérée. Hanger +++ Mac Lagan ++

Maillard à 4,2.

— Traitement :

Pénicilline : 2.000.000 d'unités, et gardénal : 0,40 gr. pendant 3 jours.

— Température :

38°	37°5	38°2	36°8
37°2	38°7	38°5	

— Guérison après 3 jours.

OBS. 18. — *Su... Auguste, 48 ans.*

— Ce cultivateur présentait des signes d'imprégnation importants depuis au moins un mois avec zoopsie (loutres), anorexie. Il avouait un éthylysme à 4 litres de vin rouge.

— Le 24 juin 1954, il entre pour aggravation des troubles.

— Examen : Subictère.

Tension à 13/8.

Quelques sibillances dans les deux champs pulmonaires.

Hanger et Mac Lagan : positifs.

— Température :

	38°8	37°	37°6	37°
37°8	38°6	38°4	39°	

— Guérison en 4 jours. Le 12 juillet est envoyé à Saint-Jean-de-Dieu pour une cure de désintoxication.

OBS. 19. — *Mich... André, 41 ans.*

— Ce malade a déjà fait un délirium trémens en novembre 1953.

— Le 24 juin 1954, il entre dans le service après une série d'ivresses. Pendant un jour reste seulement confus, puis malgré le traitement commence un délirium trémens.

— Examen : Tension à 12/7.

Hépatomégalie importante.

Hanger et Mac Lagan très positifs.

— Température au deuxième jour :

37°8	37°8	37°6
38°2	38°	

— Guérison en deux jours ; mais au cinquième jour présente à nouveau un petit accès avec température à 39° et délire onirique. Le lendemain : température normale et guérison définitive.

OBS. 20. — *Ro... Joseph, 46 ans.*

— A déjà fait un séjour en octobre 1950 pour éthylisme chronique et pour une cure de dégoût à l'Espéral.

— Le 27 juin nous est envoyé par le service de chirurgie d'urgence pour crise comitiale typique et petite plaie du cuir chevelu.

Délirium au second jour seulement.

— Examen :

Ecchymose du thorax. Plaie bénigne du cuir chevelu. Hépatomégalie. Hanger et Mac Lagan positifs.

— Traitement complémentaire : a eu 0,40 puis 0,20 gramme de gardénal le premier et le deuxième jour.

— Température à dater du second jour :

37°	37°8	38°	37°
38°8	39°5	38°2	38°4

— Exitus le 2 juillet. Autopsie : petit œdème cérébral.

OBS. 21. — *Lard... Joseph, 41 ans.*

— Ce verrier a subi 15 jours auparavant une laparotomie pour syndrome abdominal aigu : il s'agissait en réalité d'une cirrhose.

— A peine remis de son intervention, il « arrose » le départ d'un camarade et commence son délire.

— Entre dans le service le 7 juillet 1954.

— Examen : tension à 11/6. Albuminurie.

Hépatomégalie, Maillard à 3,8, Hanger et Mac Lagan +.

— Température à dater du second jour :

37°9	37°6	37°8
38°6	38°2	37°6

— Guérison en deux jours. Sort le 15 juillet.

OBS. 22. — *Bac... Francisque, 52 ans.*

— Ce maçon est un bacillaire connu depuis un an et traité au Rimifon.

— Entre pour signes d'éthylisme le 8 juillet 1954 et commence son délirium le 9.

— Examen : pas de B.K. Hanger et Mac Lagan négatifs.

— Température :

	37°	39°
37°2	38°5	37°5

— Petit délirium n'ayant duré qu'un jour et demi.

OBS. 23. — *Vial... Jean, 38 ans.*

— Ce cultivateur était soigné pour broncho-pneumonie depuis le 16 juillet 1954.

— Il entre le 20, ininterrogeable, délirant.

- A l'examen : hépatomégalie.
Quelques ronchus à la base du poumon gauche.
Prolapsus anal.
- Traitement complémentaire : 2.000.000 U. de Pénicilline.
- Température :
- | | | |
|------|------|------|
| 38° | 37°6 | 37°4 |
| 38°9 | 38°3 | 37°6 |
- Guérison en 2 jours. Sort le 29 juillet.

OBS. 24. — *Fou... Michel, 57 ans.*

- Malade ayant subi une cure de dégoût dans un service de médecine générale en mai 1953. Serait resté 4 mois sans boire.
- Entre le 22 juillet 1954, confus plus que délirant.
- Examen : albuminurie.
Hanger et Mac Lagan positifs.
- Température :
- | | | | |
|------|------|------|------|
| | 36°9 | 37°5 | 37°2 |
| 37°8 | 38°4 | 38°2 | 37°1 |
- Pratiquement guéri en 2 jours et demi. Est envoyé à Saint-Jean-de-Dieu, le 23 août.

OBS. 25. — *Fav... Auguste, 27 ans.*

- Vient le 7 septembre 1954 d'un hôpital de la périphérie, où il était traité pour une fracture ouverte de la jambe droite (accident du travail).
- Examen : Tension à 14/8.
Hanger et Mac Lagan négatifs.
- Température :
- | | |
|------|------|
| 39° | 37°5 |
| 39°5 | 37°7 |
- Guérison rapide en un jour.

OBS. 26. — *Mou... Joseph, 47 ans.*

- Est envoyé le 8 septembre pour agitation chez un pré-cirrhotique. Délirait déjà depuis deux jours (voyait des Allemands).

- Examen : Hépatomégalie légère.
Hanger et Mac Lagan ++. Maillard à 5,2.
Tension à 14/9.
Albuminurie transitoire (3 jours).

- Température :
- | | | | |
|------|------|------|------|
| 37°5 | 38°2 | 38°1 | 37°9 |
| 38°6 | 39°4 | 38°1 | 37°8 |

- Délirium guéri en 4 jours.

OBS. 27. — *Rous... Jean Claude, 43 ans.*

— Le 27 septembre, cet armurier fut opéré pour perforation d'ulcère gastrique. Dans le service de chirurgie a présenté pendant 4 jours une température à 38°5 en moyenne et une agitation croissante.

- Entre dans le service le 1^{er} octobre.

- Température :
- | | |
|------|-----|
| 38° | 37° |
| 38°2 | |

— Ce petit délirium qui durait depuis 4 jours a donc cédé après un jour de traitement.

OBS. 28. — *Car..., épouse B... Eléonore, 47 ans.*

— Cette femme s'est fait une fracture du bras dans ses escaliers. Elle nous est passée par le service de chirurgie le 2 décembre 1953.

- A l'examen :

Tension à 14/9.

Hanger et Mac Lagan faiblement positifs.

- Traitement complémentaire :

0,50 gramme de Gardénal sodique, le jour de l'entrée,
en raison de l'agitation.

- Température :

	38°8	39°3	38°2	38°3	38°2
40°	39°3	39°2	38°8	37°8	38°4

— Ce délirium fut grave pendant 4 jours, puis fut suivi d'un délirium atténué et enfin d'un état confusionnel avec petite température subfébrile à 37°8, pendant plusieurs jours.

OBS 29. — *Rel... Jean Marie, 41 ans.*

-- Mineur opéré d'un ulcère perforé le 22 décembre 1953, nous est envoyé le 24 pour délirium.

— Examen :

Tension à 12/7.

Quelques râles crépitants fins aux deux bases pulmonaires. Hanger et Mac Lagan négatifs.

— Traitement complémentaire commencé en chirurgie : pénicilline 2.000.000 u. et Streptomycine 1 gramme.

— Température à l'entrée :

39°9	39°8	38°2
38°8	38°5	38°4

— Après ce début aigu et grave, le délirium s'atténue, avec cependant une recrudescence au sixième jour (température à 40°2), puis guérit définitivement au neuvième jour seulement.

Ce malade repasse en chirurgie le 7 janvier 1954. Nous le reverrons par la suite en avril pour syndrome polynévritique.

OBS. 30. — *Mauv... Héand, 62 ans.*

— Le 14 mars 1954, nous est envoyé d'un service de médecine générale, où il était soigné pour une bronchite et une petite hématomèse.

— Examen :

Tension à 14/8.

Hanger et Mac Lagan négatifs.

— Température :

	38°8	37°2	37°2
39°2	39°1	38°1	37°5

— Repasse en médecine, le 19 mars après un accès de délirium n'ayant duré que deux jours et demi, mais cependant d'allure assez grave.

OBS. 31. — *Ser... J. B., 52 ans.*

— Le 27 mars 1954, nous est envoyé d'un service de chirurgie où il avait été envoyé pour fracture du col du fémur gauche.

— Examen :

Tension à 8/4.
Hépatomégalie modérée.
Hanger ++
Mac Lagan négatif.
Maillard à 4,1.

— Température :

39°	38°1	38°5	37°5
40°	39°5	38°	37°

— Repasse en chirurgie, le 16 avril.

Guérison en 3 jours.

OBS. 32. — *Flau... Pétrus, 46 ans.*

— Ce malade nous est envoyé le 11 juillet 1954 pour faiblesse après crises comitiales probables.

— Examen :

Tension à 16/9.
Albuminurie.
Petite hépatomégalie. Hanger et Mac Lagan +
Maillard à 6,6.

— Ce malade ne fut mis au curethyl qu'au troisième jour.

— Température :

	38°4	38°	39°9
39°3	38°6	39°6	

— *Exitus* : Ce malade qui semblait s'être amélioré avec la vitaminothérapie seule, s'est aggravé après l'administration de Curethyl (?)

OBS. 33. — *Cho... Jean Baptiste, 41 ans.*

— Vient d'un service de médecine générale où il était soigné pour « pneumopathie chez un éthylique ».

— Examen à l'entrée, le 5 décembre 1953 :

Tension à 10/6.
Râles crépitants fins dans la moitié inférieure du poumon droit, avec submatité. Pas de souffle.
Hanger et Mac Lagan positifs.
Albuminurie à 6,25 gr.

— Traitement complémentaire : Pénicilline 2.000.000 U. (et auréomycine 3 grammes au troisième jour).

Température :

37°6	39°8	41°	40°8
39°2	40°6	40°9	39°

— *Exitus* au quatrième jour.

Légère hyperhémie cérébrale. Œdème.

OBS. 34. — *Gar... Joseph, 53 ans.*

— A déjà fait un délirium trémens dans le service en janvier 1948.

— Entre le 19 décembre 1953.

— Examen négatif :

Tension à 12/7.

Albuminurie.

Hanger et Mac Lagan négatifs.

— Traitement complémentaire : Pénicilline 2.000.000 U.

— Température :

39°	38°8	37°5	40°5	40°6
40°5	39°2	38°4	41°	

— *Décès* au cinquième jour. Autopsie : opposition de la famille.

OBS. 35. — *Vez... Georges, 39 ans.*

— Entre le 18 décembre 1953, venant d'une clinique chirurgicale où il a été opéré d'une perforation d'ulcère gastrique.

— Examen : Cachexie.

Tension à 7/4.

Albuminurie.

Râles pulmonaires dans les deux champs.

— Traitement complémentaire :

Pénicilline 2.000.000 U. et Streptomycine 2 grammes.

— Température :

	40°	39°5	40°4
38°6	40°2	40°3	41°7

— *Décès* le 21 décembre.

OBS. 36. — *Moy... Emile, 41 ans.*

- Ce chauffeur aurait toujours été un hypertendu.
Il y a quatre jours : épitaxis, albuminurie et délirium progressif (zoopsie : serpents à sonnette).
- A l'entrée, le 24 juillet 1954 : mauvais état général.
Albuminurie.
- Température :

	38°	42°
38°1	40°	
- *Exitus* au troisième jour.

OBS. 37. — *Gail... Roger Marc, 33 ans.*

- Ce métallurgiste aurait fait une chute le 26 juillet et aurait commencé son délirium. S'agissait-il d'une crise comitiale ?
- Examen à l'entrée le 28 juillet :
 - Tension à 15/9.
 - Albuminurie à 10 gr. avec cylindres granuleux dans les urines.
 - Hépatomégalie.
 - Ictère au troisième jour.
- Traitement complémentaire :
 - 2.000.000 de Pénicilline.
 - Gardénal le premier jour en raison de l'excitation motrice.
- Température :

	40°6	41°6
38°5	40°8	41°5
- *Exitus* le 3 juillet. Autopsie : opposition de la famille.

B. — Sujets ayant été traités avec du sulfate de magnésie.
(en plus du traitement habituel du service)

OBS. 1. — *Fay... Paul Clément, 43 ans.*

— Le 7 décembre 1953 vient du Service des Contagieux où il avait été admis pour érysipèle de la face.

— Examen :

Tension à 16/10.

Hépatomégalie.

Hanger et Mac Lagan positifs.

Albuminurie à 7 gr. ‰ avec cylindres granuleux et hématies dans les urines.

— Traitement :

2.000.000 U. de Pénicilline et 10 gr. de Rubiazol.

Sulfate de Magnésie 30 cc., vitamines et Curethyl.

— Température :

	38°9	39°4
38°5	38°5	39°3

— Délirium aigu : exitus le 9 décembre.

Autopsie : léger œdème avec effacement des sillons cérébraux.

OBS. 2. — *Fisz... Michel, 26 ans.*

— Entre le 4 janvier 1954, confus et dès le lendemain commence son délirium malgré les vitamines et le curéthyl.

— Examen :

Négatif en dehors d'une petite raideur méningée possible.

Tension à 11/6.

Fond d'œil normal.

P.L. normale.

Albuminurie.

Maillard à 13,4. Hanger et Mac Lagan négatifs.

— Traitement : curethyl et vitamines, hépatrol.

Pénicilline et streptomycine en raison de la température.

Sulfate de Magnésie (60 cc. pendant 2 jours, puis 40 cc. pendant 5 jours).

— Température :

	38°4	40°7	39°6	37°5
37°8	38°6	41°2	38°6	

— Délirium suraigu. Guérison.

— Est envoyé à Lyon le 22 janvier.

— A signaler une syncope lors de la première injection de Sulfate de Magnésie.

OBS. 3. — *Bes... Urbain, 69 ans.*

— A déjà été traité dans le service en mars 1951 pour un délirium trémens.

— Le 25 janvier 1954 est opéré d'un glaucome à l'œil droit.

— Entre dans le service le 27 janvier.

Examen :

Négatif.

Tension à 14/7.

— Traitement : curethyl, vitamines, hépatrol, sulfate de Magnésie (60 cc. par jour) puis Pénicilline au quatrième jour.

— Température :

	37°8	38°3	39°5	39°7	39°3	39°9
37°8	38°3	38°	39°6	39°	39°2	

— Délirium aigu. Exitus le 2 février, au septième jour, après une petite amélioration au troisième jour (était moins agité, délirait moins).

Nécropsie : œdème cérébral et petit piqueté hémorragique dans la substance blanche.

OBS. 4. — *Dum... Ernest, 47 ans.*

— Malade soigné depuis 3 mois pour gastralgies et idées mélancoliques, délirant depuis trois nuits.

— Examen à l'entrée : le 31 janvier 1954.

Tension à 13/7.

Hépatomégalie avec ébauche de circulation collatérale.

Maillard à 12.

Hanger +, Mac Lagan négatif.

— Traitement : Curethyl, vitamines, gardénal sodique (2 jours en raison de l'agitation) et sulfate de Magnésie (60 cc. pendant 6 jours).

— Température :

38°	38°	37°
37°8	38°5	37°2

— Délirium subaigu : sort guéri le 13 février, après un délirium ayant duré 2 jours.

OBS. 5. — *Far... Joseph, 45 ans.*

— Le 5 février ce manœuvre avait fait quelques libations excessives et depuis restait agité et délirant.

— Entre le 9 février 1954 et le soir présente une crise comitiale typique.

— Examen :

Tension à 11/6.

Diminution des réflexes tendineux aux membres inférieurs.

Hanger et Mac Lagan positifs.

— Traitement : curethyl, vitamines.

et pendant 5 jours : 60 cc. de Sulfate de Magnésie.

— Température :

	38°	37°2	38°6	38°2
37°6	38°2	39°2	38°6	37°4

— Délirium subaigu. Sort le 18 février et sera revu en avril pour une cure de dégoût.

OBS. 6. — *Rous... Jacques, 48 ans.*

— Depuis 15 jours déjà ce malade ne dormait pas (zoopsie) lorsqu'il entra le 9 mars 1954. Le lendemain soir, commençait un délirium.

— Examen : tension à 10/6.

Subictère des conjonctives, hépatomégalie.

— Traitement :

Vitamines dès le premier jour.

Au deuxième jour : curethyl, hépatrol, pénicilline.
Sulfate de Magnésie (30 cc. en 3 fois).

— Température :

	37°7	38°
37°3	38°5	38°7

— Délirium subaigu. Exitus au troisième jour.

Nécropsie : piqueté vasculaire diffus. Œdème.

OBS. 7. — *Eym... J. M., 32 ans.*

— Entre dans la nuit du 15 mars 1954, avec une température élevée à 40°.

— L'interne de garde prescrit :

curethyl et Sulfate de Magnésie, Vitamines B et B 12
1.000, Strychnine (Sept milligrammes) et une in-
jection de Largactil.

— Délirium suraigu. Exitus dans la nuit.

— Observation entrant également dans le groupe D.

C. — Sujets ayant eu de l'amphétamine dextrogyre dans leur traitement.

OBS. 1. — *Pi... Francisque, 62 ans.*

— Ce cultivateur nous est envoyé par le service de chirurgie d'urgence, où il avait été adressé pour contracture abdominale, douleur dans l'hypocondre droit et éthyisme (avoue d'ailleurs « boire tant qu'il peut »).

— Examen à l'entrée, le 8 août 1954 :

Tension à 14/8.

Pouls calme à 72.

Paroi abdominale souple.

Albuminurie.

Hanger et Mac Lagan très positifs. Maillard à 11,7.

— Traitement : pénicilline et streptomycine, vitamines, curethyl, camphre, syncorthyl, au dernier jour seulement maxiton et largactil.

— Température :

	37°8	38°6	39°5	39°4
39°9	37°9	40°	39°7	

— Aggravation nette lors de l'injection de maxiton et de Largactil. Abdomen toujours souple.

Le 12 août sa famille l'emmène mourant et l'on apprend par la suite que le malade est mort le lendemain de sa sortie.

OBS. 2. — *Chir... René, 33 ans.*

— Entre le 12 août 1954, ininterrogeable.

— Examen :

Tension à 12/6.

Très gros foyer de râles à la base gauche, avec quelques sibilances dans le champ pulmonaire droit.

Hépatomégalie.

Albuminurie.

— Traitement : Pénicilline, vitamines, curethyl, camphre, syncortyl et maxiton 0,01 intraveineux toutes les heures n° 6.

— Température :

	37°8	38°6
38°	38°2	

— Exitus au troisième jour, le 14 août. Aggravation par le maxiton.

— Autopsie : œdème cérébral peu marqué.

OBS. 3. — *Pin... Joannès, 54 ans.*

— Cet ouvrier agricole a été soigné le 11 septembre pour une phlébite de la jambe gauche, par le Tromexane. Apparition alors d'un délirium trémens que le médecin essaie de traiter par la vitamine B et 4 comprimés par jour de maxiton. Mais le malade présente une aggravation avec agitation extrême, tentant de passer par la fenêtre. Son médecin lui a fait une injection intramusculaire de somnifène + 2 ampoules de Largactil et nous l'envoie le 14 septembre.

— A l'entrée :

Tension à 15/9.

Température basse.

Cordon veineux induré.

Maillard à 17. Hanger et Mac Lagan négatifs.

Prothrombine normale, Test à l'héparine : 10,5/10,5.

Ponction lombaire normale.

— Traitement dans le service : curethyl et vitamines, camphre, syncortyl.

— Température :

36°5 38°6

36°4 39°9

— Exitus le 15 septembre.

— Autopsie : opposition.

D. — Sujets traités avec du largactil.

OBS. 1. — *Bas... Jean, 45 ans.*

— Le vendredi 13 août 1954 ce cultivateur était tombé malade, il était resté sans soins. Depuis il souffrait d'un point thoracique droit et délirait.

— Le 18, il entra dans notre service, cachectique, avec des escarres aux deux pieds et les mains œdématisées.

— Examen :

Tension à 10/5, Tachycardie à 140.

Râles crépitants fins à la base droite et quelques ronchus à gauche.

Abdomen cartonné, douloureux.

Maillard à 11. Hanger ++

— Traitement :

Pénicilline 5.000.000, vitamines, curethyl A et 4 ampoules de largactil par jour.

— Température :

39° 39°2 39°8 37°2

40°9 38°4 38°9 37°1

— Guérison du délirium en 3 jours, mais reste cachectique et le 9 septembre est emmené par sa famille.

OBS. 2. — *Bé... Joseph, 52 ans.*

— Examen à l'entrée le 23 août 1954 :

Tension à 13/7.

Albuminurie.

Hanger et Mac Lagan positifs.

— Traitement : vitamines, camphre, syncortyl et pénicilline dès le premier jour + Curethyl A, au deuxième jour ; et largactil (4 ampoules), au troisième jour.

— Température :

	38°4	39°	38°5	38°9
37°	39°4	38°1	39°2	

— Exitus le 27 août.

OBS. 3. — *For... Barthélemy, 44 ans.*

— A déjà fait deux délirium dans le service, l'un en août 1950 et l'autre en octobre 1952.

— Entre le 25 août 1954 pour crise comitiale.

— Examen :

Tension à 15/9.

Albuminurie.

Hanger et Mac Lagan négatifs.

— Traitement : curethyl A, vitamines, camphre et syncortyl.

Au deuxième jour + Largactil : 2,4 puis 6 ampoules par jour.

— Température à dater du deuxième jour :

37°1	38°	37°5	38°5	38°4
38°5	39°2	37°4	38°4	37°5

— Sort guéri le 4 octobre. A fait en réalité deux poussées de délirium, la première ayant duré deux jours et la seconde un jour et demi.

OBS. 5. — *Bé... J. C., 44 ans.*

— Après la découverte d'une bacillose, ce malade est hospitalisé dans le service du Docteur J. Bérard, le 17 septembre 1954. En raison de son agitation nocturne, puis diurne, il nous est passé le 20 septembre.

— Examen :

Tension à 11/7.

Hanger et Mac Lagan négatifs.

— Traitement :

Streptomycine : 1 gramme tous les jours pendant
6 jours, puis tous les 3 jours.

Pénicilline, camphre et syncortyl.

Au 2^e jour : Largactil: 2,4 puis 6 ampoules par jour :
10 jours.

— Température :

38°2 38°5 40°4 39° 38°5 38°4 37°5

39°3 39°9 40°1 39°1 38°4 38°

— Repasse en Phtysiologie le 5 octobre, guéri.

OBS. 6. — *Ban... Charles*, 29 ans.

— Envoyé le 17 septembre 1954 pour délirium au décours
d'une pneumonie.

— A l'entrée :

Tension à 14/7.

Quelques sibilances à la base gauche.

Hépatomégalie.

Hanger + Maillard à 9,1.

— Traitement :

Pénicilline, vitamine, camphre, syncortyl.

+ Largactil le soir du second jour, 2 ampoules.

Puis 4 ampoules par jour, les jours suivants.

— Température :

38° 37°5 38°1 38°5 37°7 37°5

38°7 38°6 38°1 38°1 38°4 38°

— Sort guéri le 6 octobre. Amélioration nette dès le 3^e
jour.

OBS. 7. — *Chau... Jules*, 58 ans.

— Entre le 28 septembre 1954 après défenestration.

— Examen :

Fracture du poignet droit et du bassin.

Tension à 14/8.

Maillard à 15,5.

Hanger et Mac Lagan négatifs.

— Traitement :

Vitamines, Largactil au 3^e jour seulement.

— Température :

36°8	37°	37°4	38°
38°2	37°8	38°6	37°9

— Petit délirium guéri, mais suivi de confusion éthylique, avec petite température subfébrile parfois.

— Le 9 octobre, passe en chirurgie pour le traitement de ses fractures.

OBS. 8. — *Chab... Léon*, 45 ans.

— A déjà été soigné en mars 1953 pour éthyisme avec confusion et crise comitiale.

— Le 10 octobre 1954 est envoyé dans un service de médecine générale pour crises comitiales et hématomèse. Présente alors une agitation et une température ascendante à 38°, puis 39°.

— A l'entrée dans le service, le 14 octobre :

Tension à 13/8.

Hépatomégalie.

Achilléens faibles.

Glycosurie à 11 gr. 0/00.

Albuminurie à 0,60 gr. 0/00.

Urée à 0,40 ; Glycémie à 0,94.

— Traitement :

Largactil, 2,4, puis 6 injections par jour.

Camphre, syncortyl, pénicilline.

— Température :

	40°1	38°	39°
40°2	38°8	38°8	

— Au 3^e jour était pratiquement guéri de son délirium trémens, mais dès le soir : pâleur et petite hématomèse. Le lendemain, hématomèse cataclysmique.

Existus : le 17 octobre.

— Délirium pouvant être considéré comme guéri par le largactil. Mort d'une hématomérose.

Obs. 9. — *Lan... Joannès*, 51 ans.

— Ramassé par les agents sur la voie publique à l'occasion d'une chute (crise comitiale?).

— Nous est envoyé le 29 octobre 1954 d'un service de chirurgie, où l'examen du malade fut trouvé négatif.

Délire vrai le lendemain de l'entrée.

— Examen :

Tension à 12/7.

Quelques râles crépitants fins des deux bases.

Maillard à 12,4.

— Traitement : Vitamines, camphre, syncortyl, pénicilline au 2^e jour + 4 Largactil, puis 6, les jours suivants.

— Température :

37°8	39°4	38°8	39°6	39°5
------	------	------	------	------

38°2	39°	39°4	39°8	
------	-----	------	------	--

— Amélioration au 3^e jour, mais exitus au 5^e jour, dyspnéique.

— Nécropsie : lésions pneumoniques des deux bases.
cerveau œdémateux.

Obs. 10. — *Va... Joannès*, 53 ans.

— Ce malade fut tout d'abord envoyé dans une clinique chirurgicale avec le diagnostic d'appendicite. En réalité, il s'agissait d'une pneumonie gauche, vérifiée à la radioscopie. Avec un traitement antibiotique, le malade guérit, mais à la fin de la défervescence, la température remontait à 38°-39° et le malade présentait un délirium trémens.

— Le 16 novembre 1954, il entra dans le service.

— Examen :

Tension à 14/8,5.

Erythème de la lèvre supérieure (qui par la suite se révéla être un sycosis de la moustache).

Foyers de râles crépitants de la base du poumon gauche.

Hépatomégalie modérée.

Hanger et Mac Lagan positifs.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

— Traitement dès l'entrée : pénicilline 1.000.000 et vitaminothérapie.

Au 3^e jour : + Largactil, 2 puis 4 ampoules par jour.

— Température :

38°	37°8	37°6	37°8	38°2	39°
38°5	37°9	37°8	38°	39°	39°5

— La température ascendance au 6^e jour n'était pas justifiée par le délirium qui allait en s'améliorant. En réalité, il s'agissait d'une réaction pleurale vérifiée à la ponction. (3/4 de polynucléaires ; 1/4 de lymphocytes. Culture stérile.)

— Passe en médecine générale le 23-11-1954.

OBS. 11. — *Zan... Victor*, 45 ans.

— Vient le 19-11-54 d'un service de médecine générale où il avait été adressé pour troubles digestifs. Etait très agité alors ; voyait des gendarmes. Sa température montait progressivement, malgré le traitement (curethyl, Bévitine 100, Vitascorbol 500, Nicotamide).

— Dans notre service : n'a jamais été agité : forme ataxo-dynamique.

— Examen :

Tension : 11/6.

Ni sucre, ni albumine.

— Traitement :

1^{er} jour : vitaminothérapie habituelle et Phénergan.

2^e jour : + 2 largactil injectables, perfusion de sérum artificiel.

Toni-cardiaques (camphre, coramine, syncortyl).

— Température :

38°9	40°9
38°5	

— Exitus pendant le traitement, le 20 novembre.

Autopsie : opposition.

OBS. 12. — *Beau... Joseph*, 41 ans.

— Dans la nuit du 10 décembre 1954, nous est envoyé de la clinique chirurgicale des mineurs pour délirium survenu trois jours après une fracture de la jambe droite (accident du travail).

— Examen à l'entrée :

Tension : 13/7.

Subictère. Hépatomégalie.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

— Traitement : chaque jour :

Strychnine : 2 mgr. toutes les heures (48 mgr. par jour).

Vitamines : 3 fois 4 ampoules de Bévitine 100 ;
2 fois une ampoule de Nicotamide et de Vitascorbol 500.

Une injection intra-musculaire de B 12 1.000. 2 injections de Curethyl B.

Phenergan : 3 ampoules matin et soir.

Largactil : 2 ampoules matin et soir, dès le second jour.

Camphre, Syncortyl.

— Température :

39°4 40°

38°2 40°4

— Exitus le 12 décembre 1954.

— Autopsie médico-légale : œdème cérébral.

Pas de lésions focales. Par ailleurs : pas de thrombose, pas d'embol. Poumons légèrement anthracosiques.

Foie de 2.420 gr. = stéatose.

OBS. 13. — *Hom... Claude*, 51 ans.

— Ce malade nous fut envoyé pour délire alcoolique par la clinique chirurgicale des Mines, où il avait été admis après un traumatisme abdominal.

— A l'entrée : le 19 décembre 1954, on note :

Tension à 13/8.

Ecchymose abdominale gauche avec infiltration de la paroi.

Subictère des conjonctives. Hépatomégalie.
Ni sucre, ni albumine dans les urines.

— Traitement :

Le 1^{er} jour : coagulants (arhémapectine).
extraits hépatiques.
vitaminothérapie.

Le 2^e jour : + Strychnine 48 mgr. et une injection
de 2 ampoules de Largactil le soir.

Les jours suivants : 24 mgr. de Strychnine et 4 am-
poules de Largactil.

— Température :

38°2	39°5	38°4	39°	37°6	37°6
37°5	38°6	38°5	38°3	39°1	38°9
				37°5	

— Le malade semblait alors guéri, mais un ictère grave
s'installe avec une température à 39°-40°.

Exitus le 1^{er} janvier 1955.

— Autopsie médico-légale : pas de cause traumatique de
la mort. Pas d'œdème cérébral.

Foie énorme de stéatose. Grosse vésicule.

OBS. 14. — *Sab... J.-B.*, 40 ans.

— Vient le 29-12-54 d'un service de médecine générale
où il était traité pour état grippal.

— Examen à l'entrée :

Tension à 13/8.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Hépatomégalie. Hanger + Mac Lagan —.

— Traitement :

1^{er} jour : début de la vitaminothérapie.
(Vitamines B1, B3, B4, B12, C.).

2^e jour : Strychnine, 48 mgr.
Largactil, 2 ampoules.

Du 3^e au 8^e jour : 10 mg. de strychnine et 4 ampoules
de Largactil.

9^e jour : Vitaminothérapie seule.

10^e jour : curethyl intraveineux.

— Température :

Matin :	37°4	38°6	37°7	40°1	40°2	39°
Soir :	37°8	38°9	39°5	39°4	39°7	39°

Matin :	40°2	39°2	39°6	40°2	39°6	38°2	38°
Soir :	39°5	39°3	39°6	40°	39°8	39°	37°8

— Malgré la vitaminothérapie, le malade a donc évolué vers un délirium suraigu. La strychnothérapie et le largactil n'ont pas empêché cette évolution et la température se maintenait à 40°. Avec le curethyl intraveineux, le malade s'est nettement amélioré et en 3 jours, sa température est descendue sensiblement à la normale.

CHAPITRE IV

STATISTIQUES

A la session départementale des Assises nationales de Médecine consacrées à l'Alcoolisme (Printemps 1952), notre camarade G. Lecomte avait présenté les statistiques du service de 1943 à 1951 (G. Lecomte et F. Gerest, la *Revue Lyonnaise de Médecine*, décembre 1953, p. 423).

Il nous a semblé intéressant de les rappeler ici par comparaison avec nos propres statistiques. Il est en effet difficile de comparer utilement des statistiques provenant de différents services hospitaliers où les conceptions peuvent être dissemblables, et surtout provenant de différentes régions où les conditions sociales, les mœurs et les modes d'intoxication sont sujets à variation.

Nous citerons ensuite nos propres statistiques du 1^{er} décembre 1953 au 31 décembre 1954, uniquement centrées sur la question de la mortalité.

I. — Statistique de G. Lecomte.

A) FRÉQUENCE DE L'ALCOOLISME ET DU DÉLIRIUM TRÉMENS, DE 1943 à 1951.

années	entrées totales	entrées pour éthyisme chronique	Déliriums trémens
1943	329	16	2
1944	350	16	1
1945	353	17	1
1946	343	27	1
1947	365	38	5
1948	452	91	14
1949	562	132	17
1950	584	166	35
1951	748	190	45

années	Proportion d'Ethyliques	Proportion de Délirium	Proportion de Délirium trémens aux éthyliques
1943	4,8 %	0,6 %	12,5 %
1944	4,2 %	0,28 %	6,2 %
1945	4,8 %	0,28 %	5,8 %
1946	7,8 %	0,29 %	3,7 %
1947	10,4 %	1,3 %	12,6 %
1948	20,4 %	3,1 %	15,3 %
1949	23,4 %	3 %	12,8 %
1950	28,4 %	5,9 %	21 %
1951	25,4 %	6 %	23,6 %

B) MORTALITÉ SUIVANT LES DIFFÉRENTES THÉRAPEUTIQUES EMPLOYÉES DE 1943 A 1951.

1° De 1943 à janvier 1950 :

Traitement par la strychnine à dose faible (moins de 10 milligrammes) et somnifène intraveineux ou intramusculaire.

42 cas traités : 14 décès.

Mortalité : 33,3 %.

2° Du 1^{er} février 1950 au 31 janvier 1951 :

Traitement par alcool intraveineux à doses décroissantes, par strychnine à doses plus importantes (10 à 22 milligrammes), et par vitaminothérapie modérée (100 milligrammes de vitamine B1 + 200 milligrammes de vitamines PP).

39 cas traités : 6 morts.

Mortalité : 15,3 %.

3° Du 14 février 1951 au 31 décembre 1951 :

Traitement par alcool intraveineux et vitaminothérapie plus importante (600 milligrammes de vitamine B1 et 1.200 milligrammes de vitamine PP).

40 cas traités : 7 morts.

Mortalité = 17,5 %.

II. — Nos statistiques du 1^{er} décembre 1953 au 31 décembre 1954.

A) STATISTIQUES GÉNÉRALES.

En treize mois, nous avons eu à soigner 61 cas de délirium tremens indiscutables. Sur ces 61 cas, il n'y eut qu'une seule femme (obs. A 28). Tous ces délirium tremens étaient consécutifs à une intoxication chronique par le vin. Dans la région stéphanoise, l'intoxication par les apéritifs et les digestifs est en effet rare, surtout dans les classes laborieuses.

20 de nos malades sont morts.

La mortalité est donc élevée à 31,14 %.

B) MORTALITÉ SUIVANT LES FORMES CLINIQUES SYMPTOMATIQUES.

1° *Délirium subaigus.*

Nous avons traité 35 cas, 3 décès.
Mortalité faible à 8,57 %.

2° *Délirium aigu.*

12 cas, dont 7 décès.
Mortalité importante à 58,33 %.

3° *Délirium suraigus.*

14 cas traités. 10 décès.
Mortalité considérable à 71,42 %.

C) MORTALITÉ SUIVANT LES FACTEURS ÉTIOLOGIQUES.

1° *Délirium post-traumatiques.*

17 cas, 6 décès.
Mortalité = 35,29 %.

2° *Délirium apparus à l'occasion d'une infection.*

20 cas traités. 5 morts.
Mortalité = 25 %.

3° *Délirium dont les facteurs étiologiques sont discutables (formes a potu suspenso ou a potu immoderato...).*

24 cas dont 9 morts.
Mortalité = 37,50 %.

4° *Délirium ayant débuté par une crise comitiale.*

Nous avons 4 observations certaines avec 2 cas de guérison (B 5 et D 8) et 2 cas de mort (A 20 et D 3), mais on peut y ajouter 3 observations où les crises comitiales furent probables (A 32, A 37, D 9, tous décédés).

Les statistiques seraient alors de 50 % ou 71,42 % de mortalité.

D) MORTALITÉ DANS LES CAS DE DÉLIRIUM AYANT PRÉSENTÉ DE L'ALBUMINURIE.

18 de nos malades sur 61 présentèrent de l'albuminurie soit une proportion de 29,50 %.

11 d'entre eux sont décédés, soit une mortalité importante de 61,11 %.

1 cas seulement présentait de la glycosurie (D 8) en même temps que son albuminurie.

E) MORTALITÉ ET TESTS HÉPATIQUES.

1° *Coefficient de Maillard.*

Pour les 31 coefficients demandés nous avons eu :

— 9 réponses : « urines alcalines ». 3 de ces malades sont morts.

(Mortalité = 42,22 %.)

— 11 réponses de coefficient de Maillard inférieur à 10 avec un seul cas de mort.

(Mortalité = 9,09 %.)

— 11 réponses de coefficient de Maillard supérieur à 10 avec 3 cas de mort.

(Mortalité = 27,27 %.)

2° *Test de Hanger.*

Nous avons pratiqué 42 tests.

Sur 21 cas avec Hanger positif, il y eut 6 morts.

(Mortalité = 28,57 %.)

et sur 21 cas avec Hanger négatif, 4 morts.

(Mortalité = 19,04 %.)

3° *Test de Mac Lagan.*

Sur les 42 tests également pratiqués :

— 14 Mac Lagan furent trouvés positifs. 5 de nos malades sont morts

(Mortalité = 35,71 %)

— et 28 Mac Lagan, négatifs. 5 malades moururent.
(Mortalité = 17,85 %.)

F) MORTALITÉ D'APRÈS LES THÉRAPEUTIQUES EMPLOYÉES.

1° *Observation A* (Curethyl + Vitamines).

37 cas dont 7 décès.

(Mortalité = 18,91 %).

A noter que dans les cas de délirium subaigus (27 cas), la mortalité était très faible à 3,73 % ; moyenne dans les cas de délirium aigus, à 20 %, et catastrophique dans les cas de délirium suraigus, à 100 %.

2° *Observations B* (Sulfate de Magnésie + Curethyl + Vitamines).

7 cas traités : 4 décès.

(Mortalité : 54,14 %.)

3° *Observations C* (Maxiton + Curethyl + Vitamines).

3 cas traités, 3 exitus.

(Mortalité : 100 %).

4° *Observations D* (largactil).

16 cas traités (groupe D + B 8 et C 3).

8 morts (mortalité à 50 %).

Mais il convient de distinguer les différents modes d'application du traitement par le largactil.

a) *Traitement par le largactil + curethyl + vitamines :*

5 cas (D 1, 2, 3 et B 8, C 3).

4 décès.

(Mortalité : 80 %.)

b) *Traitement par le largactil + vitamines (sans alcool),*

8 cas (D 4 à D 11). 2 décès.

(Mortalité : 25 %).

c) *Traitement par le largactil + strychnine à doses moyennes et vitamines.*

3 cas (D 12 à D 14). 2 décès.

(Mortalité à 66,66 %).

G) PROPORTION ENTRE LES DÉLIRES BÉNINS ET LES DÉLIRES GRAVES.

Sur 61 cas de délirium tremens, nous avons eu 35 cas de délirium bénins (subaigus) contre 26 cas de délirium graves (aigus et suraigus). soit une proportion de délires graves à 42,62 %.

Mais plus intéressante nous paraît la proportion de délirium graves suivant deux périodes de l'année :

1° *Du 1^{er} décembre 1953 au 31 juillet 1954 :*

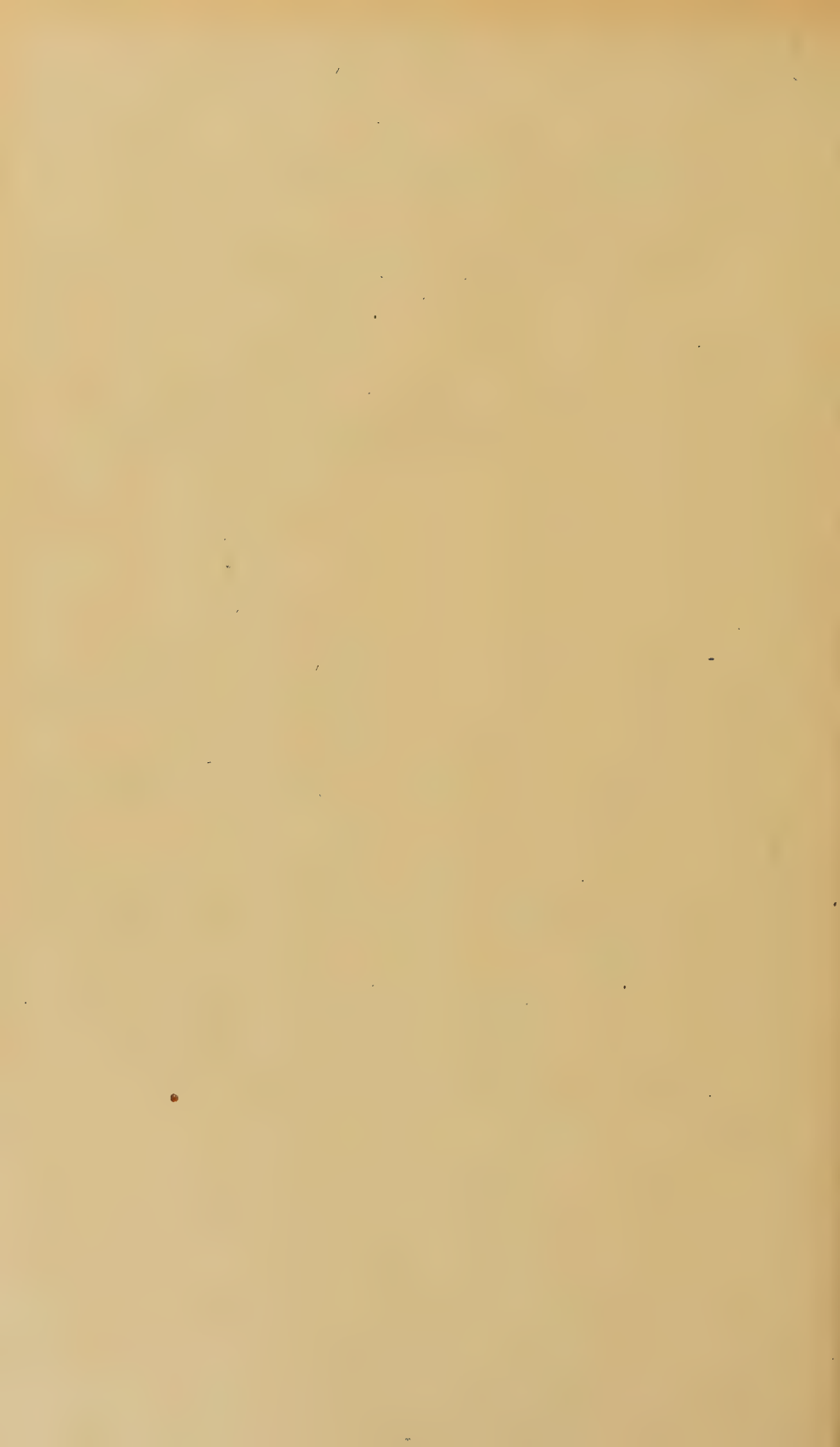
Pendant cette période, les malades ont été traités systématiquement suivant le schéma thérapeutique habituel du service ; et c'est seulement lorsqu'un sujet nous paraissait devoir évoluer vers une forme grave que nous avons essayé le sulfate de magnésie.

Sur 41 délirium, nous avons eu, alors, 14 délirium graves, soit une proportion de 34,14 %.

2° *Du 1^{er} août 1954 au 31 décembre 1954.*

Nous avons au contraire, systématiquement employé un traitement autre que le traitement habituel du service, sauf dans 3 cas.

Nous eûmes alors, 12 délirium graves sur 20 observations, soit une proportion de 60 %. Si nous ne tenons pas compte des 3 cas traités par l'association alcool intraveineux-vitamines, la proportion de délirium graves est augmentée à 70,58 %.



CHAPITRE V

DISCUSSION

En partant des statistiques de notre camarade Lecomte, nous voudrions montrer dans ce chapitre l'évolution, au cours de l'année 1954, de nos idées sur le traitement du délirium trémens.

1. — Enseignements fournis par les statistiques des années 1943 à 1951.

Nous ne reviendrons pas sur la progression de l'alcoolisme depuis la mise en vente libre des boissons alcoolisées ; cette constatation est actuellement, hélas, du domaine de l'évidence. Nous noterons simplement que cette progression continue puisqu'en 1954, nous avons eu 54 délirium, contre 45 en 1951.

Mais, du point de vue pratique, ce fut surtout l'amélioration des statistiques par l'emploi du traitement à base d'alcool glucosé hépatisé intraveineux et de vitamines qui retint l'attention. C'est pourquoi cette thérapeutique fut adoptée dans le service comme thérapeutique habituelle.

Il est cependant à noter que la critique formulée contre le traitement par le sulfate de strychnine, n'est valable que pour des doses faibles de strychnine, mais non pour des doses élevées selon les méthodes de Decourt, Sivadon, Chaillet et Cossa, que nous n'avions jamais utilisées.

Tous les auteurs ne sont pourtant pas d'accord sur l'insuffisance du traitement strychnique. C'est ainsi que lors

du « Colloque sur le Délirium Trémens », en mai 1954, Corman et Gaudin de Nantes étaient toujours partisans des doses faibles (de 6 à 14 milligrammes par 24 heures). Ces auteurs affirment recevoir en moyenne 400 délirium par an et n'avoir une mortalité jamais supérieure à 3 % ! Devant de telles affirmations, nous sommes en droit de nous demander si nous parlons bien de la même affection.

Ce que nous pouvons affirmer pour notre part, c'est que dans le service hospitalier de Saint-Etienne, l'association alcool intraveineux-vitamines a toujours été préférable au sulfate de strychnine employé selon la méthode de Chauffard et Læderich.

Enfin, une dernière remarque est à faire : avant 1951, nous faisons des injections de 1.200 milligrammes de vitamine P.P. Or, la mortalité était alors inférieure à celle de l'année 1954, pendant laquelle nous avons employé des doses plus faibles. Il semble donc que le rôle vasodilatateur de la vitamine PP ne soit pas une contrindication à son emploi dans le délirium trémens.

II. — Depuis 1951.

La mortalité tend à remonter progressivement au tiers, en raison, nous a-t-il semblé, de la gravité plus grande des délirium trémens reçus dans le service.

Si, dans les statistiques de 1943 à 1951, on considère la proportion de délirium par rapport au nombre d'entrées pour alcoolisme chronique, on s'aperçoit que cette proportion n'avait pas dépassé 15,3 % jusqu'en 1949, mais qu'en 1950 et 1951, elle était successivement à 21 % et 23,6 %. Nous pouvons donc dire que les alcooliques font plus souvent des délirium trémens que dans les années antérieures à 1950, c'est-à-dire que l'alcoolisme chronique est plus grave actuellement. Il semble que cette gravité plus grande doit être expliquée par le fait que nos malades sont plus profondément imprégnés, non pas parce qu'ils boivent plus,

mais parce qu'ils boivent depuis plus longtemps. Beaucoup d'entre eux d'ailleurs, ont un état général précaire et présentent des tests hépatiques perturbés (50 % ont, au moins, un test de Hanger positif). Or, nous avons vu dans le chapitre précédent que la mortalité est plus grande parmi les sujets dont les tests hépatiques sont positifs.

Ainsi, pouvons-nous peut-être expliquer la gravité plus grande de nos délirium tremens et la mortalité plus importante, malgré une thérapeutique sensiblement identique de 1951 à 1953.

III. — L'Association alcool intraveineux-vitamines en 1954.

Si nous considérons maintenant nos statistiques de mortalité chez les sujets traités par l'association curethyl-vitamines, nous nous rendons compte que les résultats sont toujours excellents et comparables à ceux de 1951. Mais en réalité, ceci n'est qu'un arte fac, puisqu'à la même époque, 7 sujets, dont 4 dans un état grave, furent traités par le sulfate de Magnésie. Parmi ceux-ci, 4 sont morts et seraient peut-être morts, également, avec le traitement habituel du service : on aurait alors une mortalité à 25 %, donc nettement supérieure à celle de 1951 (17,5 %).

Par ailleurs, en appliquant le traitement habituel du service, nous avons fait plusieurs remarques :

1° Tout d'abord, si les résultats sont excellents dans les formes subaiguës (mortalité à 3.73 %), il n'en est pas de même dans les formes aiguës et suraiguës (mortalité à 20 % et 100 %).

2° Un malade (Obs. A 32), par oubli n'eut, pendant 2 jours qu'un traitement vitaminique et s'améliorait. Lorsque nous réparâmes notre oubli, le 3^e jour, le malade s'aggrava après les injections intraveineuses d'alcool et mourut au 4^e jour.

3° Enfin, notre traitement ne semblait pas avoir une action prophylactique certaine, puisque dans un grand nombre d'observations nous avons noté l'éclosion de l'accès de délirium trémens malgré la mise en train dès l'entrée de notre traitement.

C'est pour toutes ces raisons et devant l'excellence des résultats publiés par les auteurs que nous avons pensé nécessaire d'employer d'autres thérapeutiques.

IV. — Résultats des thérapeutiques nouvelles.

1° Le Sulfate de Magnésie.

Suivant les conseils de Delmas-Marsalet, nous avons injecté (Obs. B 1), une solution à 15 %, à la dose de 10 cc., répétée 3 fois par jour, tout en continuant la vitamino-thérapie, ainsi que les analeptiques circulatoires..., mais le malade présenta une élévation thermique et mourut le 3^e jour.

Nous pensions que notre échec était peut-être dû à l'insuffisance des doses employées ; c'est pourquoi, dans la seconde observation (Obs. B2), nous avons injecté 60 cc. le premier jour et 40 cc. les jours suivants. Lors d'une injection, le malade fit une syncope, mais par la suite, se rétablit et guérit. Depuis le 1^{er} décembre 1953, c'était le premier délire suraigu qui ne mourut pas, malgré la gravité de l'accès et une température à plus de 41°.

Cependant, par la suite, des injections de 60 cc. ne nous donnèrent pas d'aussi bons résultats. Un délirium subaigu mourut même, alors que rien ne laissait prévoir cette issue fatale (obs. B 6).

Ainsi, à part un cas de guérison intéressant, nous pouvons conclure que les malades n'étaient pas améliorés, n'étaient pas particulièrement calmés et la mortalité était élevée à 57,14 %. C'est pourquoi il nous a semblé préférable de revenir à notre thérapeutique antérieure.

2° *L'amphétamine dextrogyre.*

C'est à la suite de la lecture de l'article de J. Hamel, M. Thiébaux et N. Venet, que nous vint l'idée de l'employer. Notre expérience est certes limitée, puisque nous ne rapportons que 3 cas (dont l'un, obs. C 3, n'a qu'une valeur relative, le malade ayant été traité par le maxiton avant son entrée dans le service). Mais ce qui nous a frappé, c'est l'accroissement de l'agitation, chez nos malades, que détermine l'injection du maxiton en intraveineuse à la dose de UN centigramme, répétée toutes les heures 4 à 6 fois.

Contrairement à ce qu'ont observé ces auteurs, nous n'avons pas eu d'amélioration, pas de sédation de l'agitation, pas de baisse de la température... et tous sont morts. Dans de telles conditions, nous avons définitivement abandonné cette thérapeutique.

3° *La Chlorpromazine.*

Jusqu'en août 1954, nous n'avions pas osé employer le 4.560 R. P. dans le délirium trémens. Celui-ci avait été en effet, formellement contrindiqué dans l'intoxication alcoolique aiguë. Cependant, à la suite des publications de Sizarret et Salomon, de Kammerer et Ebtinger, nous l'avons utilisé systématiquement.

Tout d'abord, nous l'avons administré dès l'entrée du malade, en même temps que notre traitement habituel : vitamines et alcool glucosé hépatisé intraveineux. Mais nous devons reconnaître que les résultats furent catastrophiques puisque 4 malades sur 5 sont morts. En fait, deux de nos observations sont discutables (Obs. B 7 et C 3) car l'un est entré mourant et l'autre eut du largactil avant son entrée dans le service.

Quoi qu'il en soit, il nous a semblé que l'association du curethyl A avec le largactil est nuisible, le largactil potentialisant les effets néfastes de l'alcool.

C'est pourquoi, par la suite, suivant les instructions de Kammerer et Ebtinger, nous n'avons plus fait de lar-

gactil dans les cas d'imprégnation éthylique récente. Pour ce faire, nous avons supprimé le curethyl A, ne conservant que la vitaminothérapie intensive, et nous avons commencé le largactil seulement 24 à 48 heures après l'entrée des malades, sauf dans les cas où les malades, venant d'autres services, avaient été privés d'alcool. Cette période de 24 à 48 heures correspond en effet au temps nécessaire à l'élimination de l'alcool (E. Lebreton).

Avec cette nouvelle méthode, les résultats, au début, semblèrent favorables, puisqu'en septembre, sur 4 délirium traités, aucun ne mourut. Mais par la suite, certains de nos malades s'aggravèrent pendant la période de latence de 24 à 48 heures.

Nous décidâmes alors de faire un traitement d'attaque avec le sulfate de strychnine, non pas à doses faibles — que nous continuons à considérer comme insuffisantes — mais à des doses moyennes (48 milligrammes), suivies les jours suivants de doses plus faibles (24 milligrammes), associées au largactil. Mais tous nos malades présentèrent des formes graves avec température élevée. Deux malades moururent. Le troisième resta mourant plusieurs jours avec une température à 40°, alors qu'avec la reprise du traitement par l'association alcool intraveineux-vitamines, sa température revint en 3 jours à la normale et le malade guérit.

Ainsi, en considérant les résultats obtenus avec le largactil, il convient de noter :

- Tout d'abord, une amélioration nette de l'aspect des malades. En effet, ceux-ci sont calmes, ne suent presque plus et boivent volontiers. Leurs hallucinations persistent pendant quelques jours, mais n'affectent plus le malade. En ceci, nous sommes entièrement d'accord avec Kammerer et Ebtinger, Corman et Gaudin.

— Mais par ailleurs, les délirium trémens ne sont-ils pas aggravés ? Pour notre part, il nous a semblé que les accès sont plus longs qu'avec les autres traitements. Cer-

tains ont duré 5 jours (Obs. D 7-9), d'autres 6 jours (Obs. D 5-6-13) ; un, enfin, a duré 11 jours (Obs. D 14).

De plus, les accès ne furent pas seulement prolongés, mais plus graves, puisque la mortalité est élevée (50 %) surtout avec l'association alcool intraveineux-largactil (80 %) et l'association strychnine-largactil (66,6).

Nous sommes donc loin, des bons résultats espérés et nous pouvons dire avec Corman et Gaudin que « les six cas publiés par Sizaret et Salomon n'entraînent aucune-ment la conviction ». Il est vrai que les 6 cas publiés par ces auteurs n'auraient pas été classés sous le nom de délirium trémens dans notre service ; mais sous la rubrique « accès confuso-oniriques précurseurs de délirium tremens ». Nous distinguons, en effet, toujours cette phrase prodromique d'avec l'accès lui-même de délirium trémens.

V. — En conclusion.

Toutes les thérapeutiques nouvelles employées dans le service nous ont donné une mortalité plus élevée que celle obtenue avec la thérapeutique habituelle.

De plus, si l'on considère la proportion de délirium graves depuis août 1954, date à laquelle nous avons systématiquement employé des thérapeutiques nouvelles, nous voyons que cette proportion est beaucoup plus élevée (60 % ou 70 % contre 34,14 % au début de l'année). Il semble donc probable que le traitement par l'association alcool intraveineux-vitamines empêche l'évolution vers un délirium grave.

Ainsi pourrions-nous réviser nos notions sur l'action prophylactique de cette thérapeutique. En effet, en raison du grand nombre d'éthyliques entrant dans le service, nous faisons de l'alcool intraveineux dès l'entrée seulement lorsque le malade présentait de la température et nous contentions de la vitaminothérapie intensive le premier jour. C'est donc la vitaminothérapie, employée seule, qui

est insuffisante comme thérapeutique prophylactique, mais non l'association alcool intraveineux-vitamines.

Aussi emploierons-nous à l'avenir cette thérapeutique dès l'entrée des malades. Peut-être serait-il également indiqué de revenir à des doses plus importantes de vitamines PP et surtout de faire systématiquement de la vitamine B 12 et un traitement hépatique. Nous nous proposons de même de tenter l'emploi : de l'association alcool intraveineux-vitamines avec de la strychnine à doses massives et, dans certains cas, de l'hibernation artificielle.

CONCLUSIONS

Du 1^{er} décembre 1953 au 31 décembre 1954, nous avons eu l'occasion de traiter, dans le service de neuro-psychiâtrie de l'hôpital Bellevue (Saint-Etienne), 61 cas de *délirium tremens*.

I. — La mortalité générale fut notablement plus élevée (31,14 %) que dans la plupart des statistiques récentes et également plus élevée que dans les statistiques antérieures du service (15,3 % et 17,5 % en 1950 et 1951).

II. — Jusqu'en août 1954, 44 de nos malades furent traités, comme par le passé avec de l'alcool glucosé hépatisé intraveineux et les vitamines du groupe B. 7 d'entre eux qui semblaient devoir évoluer vers des formes graves reçurent cependant, en plus de ce traitement, des injections intra-veineuses d'une solution à 15 % de sulfate de magnésie.

11 de nos malades moururent (mortalité à 25 %).

III. — Aussi devant la gravité croissante des accès de *délirium tremens* traités dans le service, nous avons tenté l'emploi de thérapeutiques nouvelles.

1° 3 malades reçurent de l'amphétamine dextrogyre en plus de l'alcool intraveineux et des vitamines.

Tous s'aggravèrent et moururent (mortalité à 100 %).

2° Enfin, 14 malades furent traités par le 4.560 R.P.

L'association de ce médicament, soit avec l'alcool intraveineux, soit avec le sulfate de strychnine à doses moyen-

nes (20 à 50 mgr.), nous a paru néfaste (mortalité à 80 % et à 66,6 %).

Quoiqu'il en soit, employée seule ou en association, la chlorpromazine, si elle améliore l'aspect extérieur des malades, n'améliore pas le pronostic des accès de délirium mais semble au contraire l'aggraver (mortalité à 50 %).

• IV. — Ainsi, toutes ces thérapeutiques nouvelles nous ont donné des résultats inférieurs à ceux obtenus avec l'association alcool intraveineux et vitamines. C'est pourquoi il nous a semblé préférable de revenir à cette thérapeutique en cherchant à l'améliorer par d'autres associations médicamenteuses.

Vu :

Le Doyen,
HERMANN.

Vu :

Le Président de la Thèse,
DECHAUME.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 10 Février 1955

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE

Généralités.

- ACHARD (C.), LÉVY (J.), WELLISCH (F.). — Modifications chimiques des éléments inorganiques au cours du Délirium trémens et chez les animaux alcoolisés. (*C. R. de la Soc. de Biologie*, 1931 ; t. 3, p. 620).
- BINSWANGER (H.). — Pathologie fonctionnelle du foie dans le Délirium Trémens. (*Klin. Wochenschrift*. Tome 2, n° 32, août 1932.)
- CAPOULADE (J.). — Contribution à l'étude des réactions méningées au cours de l'intoxication alcoolique. (*Thèse Paris*, 1920.)
- CARRIER (H.). — La cellule nerveuse normale et pathologique. Altération histologique dans le délirium trémens et le délire aigu. (*Thèse Paris* en 1904.)
- CLAUDE, DUBLINEAU, MASQUIN et M^{lle} BONNARD. — Recherches sur les polypeptides du sang et du L.C.R. dans quelques psychoses alcooliques. (*Presse Médicale* 1932, n° 97, p. 1813.)
- DE CRINIS. — Influence des troubles hépatiques sur l'apparition du délire alcoolique et son traitement étiologique (*Monatschrift für psych. und neurol.*, juin 1930.)
- DEMOLE. — Alcool et délirium trémens (*Encéphale* 1914, p. 6).
- FIESSINGER (N.), MICHAUX (L.) et HERBAIN. — Troubles nerveux de la grande insuf. hépatique. Essai clinique et pathogénique. Méningite toxique et polypeptidorachie (*Revue de Médecine*, n° 10, déc. 1940.)
- GILBERT-BALLET, LAIGNEL-LAVASTINE. — Nouvelles observations sur la valeur des lésions corticales dans les psychoses d'origine toxique. (*Encéphale*, 25 sept. 1906.)
- KLIPPEL. — De l'insuf. hépatique dans les maladies mentales. De la folie hépatique. (Rapport au 4^e Congrès de Médecine mentale 1892.)
- De l'insuf. hépatique dans certains délires alcooliques (*Annales méd. psychol.* 1904.)

- Anatomie et pathogénie du délire des alcooliques (Congrès de la Rochelle, 1893, p. 540.)
- KLOTZ (P.). — La polynévrite alcoolique. (*Thèse* Paris, 1937.)
- LAIGNEL-LAVASTINE et DUGUET. — Valeur comparée des variations de la polypeptidémie en fonction de l'urée sanguine en Médecine générale et en psychiatrie. (*Acad. de Méd.*, 3 oct. 1939.)
- LEBRETON (E.). — Intoxications (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, p. 16.055.)
- MAGNAN (V.). — De l'alcoolisme : des diverses formes du délire alcoolique et leur traitement. Paris 1874.
- Le délire alcoolique. (*Gazette des Hôpitaux*, 1889.)
- MARCHAND (L.). — Maladies mentales : études anatomo-biologiques. 1939.
- Lésions du système nerveux, du foie, des reins et de la rate dans le délirium trémens des alcooliques. (*Presse Médicale*, 17 déc. 1932.)
- MARCHAND, TOULOUSE, COURTOIS. — Encéphalite psychosique aiguë des alcooliques (*Annales médico-psych.*, janvier 1933.)
- MAZEL (P.). — Délirium trémens traumatique. (*XVIII^e Congrès de Médecine légale*, 1933.)
- RAMOND (S.). — Délirium trémens. (*Monde Médical*, 1926, p. 697.)
- *Conférences de Clinique Médicale pratique*, Tome IV, 1927.)
- RAYER (P.). — *Mémoire sur le Délirium Trémens*, Paris 1819.
- TOULOUSE, COURTOIS (E.) et M^{lle} RUSSEL (F.). — Modifications chimiques du sang au cours du D. T. alcool. (*Annales médico-psych.*, 1931, T. I, p. 124.)
- VILLARET (M.), JUSTIN-BESANÇON et KLOTZ. — Le problème pathogénique de la polynévrite alcoolique. (*Bull. et mém. soc. méd. hôp. Paris*, 3 juillet 1936, p. 1.162.)
- L'altération de certaines glandes endocrines au cours de l'alcoolisme chronique. (*Presse Médicale*, 30 déc. 1936.)
- WICHERT (F.) et DRESZER (R.). — Histopathologie du S. N. central dans l'alcoolisme chronique. (*Annales médico-psych.*, 1932, p. 618.)

Traitements.

- Colloque sur le traitement du délirium tremens* (Paris, 8 mai 1954, in *La Revue de l'Alcoolisme*, juillet-septembre 1954). DUCHÈNE, PERRIN, N. PÉRON, G. DAUMEZON, R. LECOQ, DUBLINEAU, FOUQUET, M. LETAILLEUR, LEREBoullet, CORMAN et GAUDIN, ALIZON, X. ABELY, SIVADON.
- AMAGAT. — Antagonisme de l'alcool et de la Strychnine. (*Journ. de therap.*, 1876, p. 378).
- ANDRÉ (R.). — L'Association Strychnine-Sels biliaires dans le traitement du D. T. (*Thèse Paris 1942*, n° 179.)
- BARGUES et GRIMAL. — Le Butyl-ethyl-barbiturate de sodium dans le traitement du D. T. (*Soc. médico-psych.* Séance du 23 mars 1936, et *Annales médico-psych.*, mars 1936.)
- BRENNIEL (Yvonne). — Le délire alcoolique aigu. Contribution à l'étude de son traitement. (*Thèse Paris*, 1937.)
- CLAUDE (H.). — Le somnifène intraveineux chez les psychopathes. (*Soc. médico-psych.*, 29 déc. 1924 et *Encéphale*, n° 1, janvier 1925.)
- COSSA (P.), BOUGEAUT (H.), PUECH (M.), SASSI (P.). — Sur le traitement des complications nerveuses de l'alcoolisme par la strychnine. (*Presse Médicale*, n° 92, 17 novembre 1937, et *Annales Médico-psych.* de fév. 1938, T. I., n° 2.)
- DELMAS-MARSALET, LAFON et FAURE. — Traitement du délirium tremens par le sulfate de magnésie intraveineux. (*J. Méd. Bordeaux*, 15 mars 1942, n° 5, p. 209 à 214.)
- DELMAS-MARSALET. — Les délires alcooliques aigus. (*La Revue du Praticien*, 11 déc. 1953, p. 2.409.)
- FERNET. — De la Strychnine, de son emploi contre l'alcoolisme et contre l'adynamie nerveuse. (*Académie de Médecine*, 1901, p. 651.)
- FLANDIN (G.) et BERNARD (J.). — La Strychnine dans l'intoxication alcoolique. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1^{er} décembre 1933.)
- Notes sur la posologie de la strychnine chez les alcooliques. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 8 déc. 1933.)
- GÉRAUD (J.). — Cortisone et A.C.T.H. en thérapeutique neuropsychiatrique. (*Entretiens de Bichat*, 1953, p. 97.)
- GOUDE (H.) et GIRARD. — Le traitement du D. T. par le somnifène, l'extrait hépatique injectable et l'huile camphrée associée. (*Arch. Méd. d'Angers*. Mars 1938.)

- HAMEL (J.), THIEBAUX (M.) et VERNET (N.). — Traitement du délirium trémens par l'amphétamine dextrogyre. (*Société Française de Neurologie*, séance du 15 nov. 1952.)
- KAMMERER (Th.) et EBTINGER (R.). — Premiers résultats du traitement du D. T. par la Chlorpromazine. (*Strasbourg Médical*, n° 6 juin 1954.)
- et communication faite à la Réunion de Psychiatrie de Strasbourg-Nancy, le 28-11-53.
- et *Annales Méd. Psych.*, janvier 1954, p. 102.
- KROPF (G.) et MÉNAGER (V.). — Délirium trémens post-opératoire et neuroplégie. (*Anesthésie et Analgésie*, déc. 1953, pp. 623-624.)
- LARDIER. — Cent-huit milligrammes de sulfate de Strychnine administrés avec succès en 23 heures dans un cas de D. T. (*Gaz. hebd. méd. Paris*, 1885, p. 8.)
- LECOQ et FOUQUET (P.). — Comment instituer le traitement des alcooliques. (*Thérapie* 1949, n° 4, p. 163 à 171.)
- LECOMTE (G.) et GEREST. — Le traitement du délirium trémens à la lumière des travaux récents. (*La Revue Lyon. de Médecine*, n° 11, décembre 1953.)
- LUTON. — Du traitement de l'alcoolisme par la noix vomique. (*Mouv. Méd.*, n° 51, p. 682, décembre 1873.)
- L'alcoolisme et la médication strychnique. (*Bull. Gén. Thérap.*, p. 241, 1880.)
- Alcoolisme et Strychnine. (*Bull. Gén. Thérap.*, 1882, p. 473.)
- MAISONNEUVE (G.). — Bilan d'un an de traitement par la Chlorpronazine. (*Thèse Lyon*, 1954.)
- MASBRENIER (J.). — Traitement du Délirium Trémens par les injections sous-cutanées de sérum artificiel. (*Presse Médic.* 1900.)
- MAUREL (J.). — Le traitement des délires aigus de l'alcoolisme chronique par les injections intra-veineuses d'alcool. (*Thèse Paris*, 1940, n° 587.)
- NICOLAÏDÈS (Emile). — Le traitement du Délirium Trémens par le Bromure de Magnésium. (*Thèse Paris*, 1940, n° 405.)
- PAGNIEZ (Ph.). — Au sujet du traitement du Délirium Trémens. (*Presse Médicale*, 30 décembre 1936.)
- Traitement du Délirium Trémens par le Sulfate de Magnésie intraveineux. (*Presse Médicale*, 11 juil., 1942, p. 456.)

- PAGNIEZ (Ph.) et CHATON. — Le traitement des délires alcooliques par la Strychnine à haute dose. (*Presse Médicale*, 28 fév. 1931, p. 297.)
- PERRET, BECKER, LACOSTE. — Traitements psychiatriques par le 4.560 R.P. (*Vie Médicale*, mai 1953, n° 5.)
- PLUVINAGE (R.) et GASTEAU (E.). — Réflexions cliniques et thérapeutiques sur le D. T. (*Monde Médical*, nov.-déc. 1953, p. 330 à 338.)
- QUENÉFÉ. — Contribution à l'étude du Délirium Trémens et de son traitement par le di-ethyl-allyl-isopropyl barbiturate de di-ethyl-amine. (*Thèse Paris*, 1926.)
- QUERCY et LANCELOT. — Un cas de mort après injection intraveineuse de somnifène. (*Soc. Méd. de Psych.*, 26 janvier 1925.)
- RIVES et MÉNAGER. — Neuroplégie et Délirium Trémens. (*Anesthésie et Analgésie*, sept. 1953, T. X., p. 450-453.)
- ROGER (J.), GASTAUT (H.) et NAQUET. — Nature du tremblement du Délirium Trémens et son traitement par Triméthadione intraveineuse. (XVIII^e Réunion Neurologique internationale, Paris 7 et 8 juillet 1952) ;
— et *Presse Médicale*, 1952, p. 1.244.
- SALVANT (P.). — Traitement du Délirium Trémens par Balnéation froide. (*Thèse Paris*, 1901.)
- I. SANGUINETTI et LARICCHIA (R.). — Sei casi di Délirium trémens risolti con un metodo di « blocco neuro-vegetativo » derivato della technique d'ibernazione artificiale. (*Minerva Médica*, 1953, Vol. II, p. 1.469-1.473.)
- SCICLOUNOFF (Fr.) et FLAGG (J.). — La Vitamine B1 dans le Délirium Trémens. (*Revue Méd. Suisse Romande*, 25 juill. 1940, n° 9, p. 715-717.)
- SIZARET (P.) et SALOMON (F.). — Action d'un ganglioplégique sympathicolytique dans les états confusionnels alcooliques (présenté à la Société de Médico-psychologie. Séance du 22-12-52 ; et *Annales Médico-Psychol.*, janvier 1953, p. 88 à 92).
- TÜRCK (E.). — Contribution au traitement d'urgence des accidents cérébraux aigus de l'alcoolisme. (*Thèse Lyon*, 1940, n° 121.)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — Etude anatomoclinique du delirium tremens	11
— II. — Les traitements du delirium tremens .	21
— III. — Nos observations	31
A) Sujets traités par l'alcool glucosé hépatisé intraveineux et les vitamines	31
B) Sujets traités par le sulfate de Magnésie intraveineux	48
C) Sujets traités par l'amphétamine dextrogyre	51
D) Sujets traités par la Chlorpromazine	53
— IV. — Résultats, statistiques	63
— V. — Discussion : résultats qualitatifs	71
CONCLUSIONS	79
BIBLIOGRAPHIE. — <i>Généralités</i>	81
<i>Traitements</i>	83

